

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR**

**FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación de grado previo a la obtención del título de  
Economista**

***Evaluación de la influencia de la repotenciación del Hospital de  
Especialidades “Eugenio Espejo” en la producción de salud.  
Período 2007-2016.***

**Autora: Cristina Alejandra Almeida Rodríguez**  
**[cris\\_almeida.12@hotmail.com](mailto:cris_almeida.12@hotmail.com)**

**Directora: Tatiana Villacrés**  
**[taty\\_villacres@hotmail.com](mailto:taty_villacres@hotmail.com)**

**Quito, 9 de julio de 2018**

## ***Resumen***

El sistema de salud de un país es fundamental para poder dar cobertura a toda la población, y la estructura del mismo será la clave del éxito o del fracaso. El cambio de modelo de gestión y la división en niveles, ayuda a la diversificación de la atención y evitar la congestión de personas; enfocando al primer nivel en problemas simples y a los de tercer nivel en las enfermedades complejas, dadas por el cambio epidemiológico que vive el mundo en general. El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” es un referente nacional de atención de enfermedades de tercer nivel; y es por ello que se puso le como prioridad para repotenciarlo, y que los ecuatorianos reciban una atención de calidad, gratuita y eficaz. Las políticas de salud terminan siendo un esfuerzo de las autoridades para guiar el sector por un mejor camino y responder de manera rápida a los cambios en las enfermedades que presenta la población. Además de que, se puede tomar en cuenta lo que otros países de la región han hecho para mejorar sus propios sistemas y entregar una salud de calidad a su población.

***Palabras clave:*** salud, cobertura universal, repotenciación, cambio epidemiológico, políticas.

*Un agradecimiento especial a Dios, porque sin Él nada sería posible.*

*A mis padres, Fernando y Anita, quienes son el pilar fundamental de mi vida; mi motor.*

*A mi hermano, Andrés, por ser mi apoyo y confidente.*

*A mi madrina, Consuelo, por toda su ayuda.*

*A mi novio, Marcos, por toda su paciencia y motivación en este largo camino.*

*A mis amigas, Caro, Anita, y Ger, por su amistad incondicional.*

*A mi directora, Tatiana, por su exigencia para esforzarme cada día más.*

*A mi profesor, Andrés, por ser un gran maestro y amigo.*

*Al Hospital Eugenio Espejo, por su amabilidad y apertura para la realización de esta  
Disertación.*

*A mis padres, que, con su apoyo incondicional, me motivaron a ser cada día mejor;  
repitiendo sabiamente que la educación es la mejor herencia que un padre puede dejar a sus  
hijos.*

# ***Evaluación de la influencia de la repotenciación del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en la producción de salud. Período 2007-2016.***

<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Metodología del trabajo.....</b>	<b>11</b>
1. Preguntas de investigación .....	11
Pregunta general .....	11
Preguntas específicas .....	11
2. Objetivos.....	11
Objetivo general .....	11
Objetivo específico .....	11
3. Método.....	11
Tipo de investigación.....	11
Método de investigación.....	12
4. Metodología .....	12
Fuentes de información .....	12
Variables e indicadores.....	13
5. Metodología de análisis .....	14
Procedimiento metodológico .....	14
<b>Fundamento teórico .....</b>	<b>16</b>
Introducción.....	16
1. Salud.....	16
1.1. Salud pública .....	17
1.2. Cobertura sanitaria universal .....	18
2. Economía de la salud .....	19
2.1. Demanda.....	20
2.2. Oferta .....	22
2.3. Producción de salud.....	23
2.4. Financiamiento de la salud .....	24
2.5. Inversión de salud.....	25
3. Estado de bienestar .....	26
3.1. Intervención del Estado .....	27
<b>CAPÍTULO I: Política pública aplicada para repotenciar el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en el período 2007-2016. ....</b>	<b>29</b>
1. Lineamientos de organismos internacionales .....	30
2. Normas nacionales.....	32
2.1. Constitución.....	32
2.2. Leyes orgánicas .....	36
2.3. Acuerdos y resoluciones .....	40
3. Normativa nacional.....	42
3.1. Plan Nacional del Buen Vivir 2007-2013.....	43
3.2. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud .....	46
4. Otros lineamientos .....	48

4.1.	Red Integral Pública de Salud .....	48
4.2.	Misión y visión del Ministerio de Salud Público.....	50
4.3.	Misión y visión del Hospital.....	50
5.	Conclusión.....	50
<b>CAPÍTULO II: Efecto de la repotenciación en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” comparando los años 2007 y 2016.....</b>		<b>52</b>
1.	Análisis del estado del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” .....	52
1.1.	Condiciones del Hospital.....	56
2.	Evaluación del efecto de la repotenciación, comparando los años 2007 y 2016 .....	62
2.1.	Indicadores de salud .....	62
2.2.	Análisis de los indicadores, comparando los años 2007 y 2016.....	63
3.	Conclusión.....	71
<b>CAPÍTULO III: Lineamientos que han utilizados otros países para tener una política pública eficiente en salud.....</b>		<b>72</b>
1.	Criterios de la Organización Mundial de la Salud .....	73
1.1.	Indicadores de salud para delimitar un buen sistema de salud .....	73
1.2.	Ranking de mejores sistemas de salud, según esperanza de vida .....	77
2.	Políticas de Salud.....	78
2.1.	Chile .....	79
2.2.	Cuba.....	84
2.3.	Colombia .....	88
2.4.	Programas de Ecuador .....	91
2.5.	Lineamientos vs. Políticas .....	93
3.	Conclusión.....	97
<b>Conclusiones .....</b>		<b>98</b>
<b>Recomendaciones .....</b>		<b>100</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>		<b>101</b>
<b>Anexos .....</b>		<b>111</b>
<i>Anexo 1. División de las especialidades que ofrece el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, de acuerdo al piso de ubicación .....</i>		<i>111</i>
<i>Anexo 2. Total de consultas ambulatorias .....</i>		<i>112</i>
<i>Anexo 3. Total de cirugías realizadas.....</i>		<i>113</i>
<i>Anexo 4. Cuadro de especialidades clínicas.....</i>		<i>115</i>
<i>Anexo 5. Cuadro de especialidades quirúrgicas.....</i>		<i>116</i>
<i>Anexo 6. Cuadro de Unidades de Transición .....</i>		<i>117</i>
<i>Anexo 7. Evolución del presupuesto del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” .....</i>		<i>118</i>
<i>Anexo 8. Ranking de todos los países del mundo, esperanza de vida y esperanza de vida saludable .....</i>		<i>125</i>

## *Índice de gráficos*

Gráfico No. 1. División de los libros de la Ley Orgánica de Salud .....	38
Gráfico No. 2. Articulación del Sistema Nacional de Planificación .....	44
Gráfico No. 3. Marco conceptual de los determinantes de la salud .....	47
Gráfico No. 4. Indicadores de salud .....	73
Gráfico No. 5. Indicadores de seguimiento de la cobertura universal de salud de servicios esenciales. .....	76

## *Índice de cuadros*

Cuadro No.1. Variables e indicadores .....	13
Cuadro No. 2. Causas de muerte masculinas, expresado en número y porcentaje, año 2016 .....	53
Cuadro No. 3. Causas de muerte femeninas, expresado en número y porcentaje .....	54
Cuadro No. 4. Variables de especialidades clínicas, 2016 .....	57
Cuadro No. 5. Variables de especialidades quirúrgicas, 2016 .....	58
Cuadro No. 6. Variables de las Unidades de transición, 2016 .....	59
Cuadro No. 7. Número de consultas ambulatorias realizadas en consulta externa en el 2016.....	60
Cuadro No. 8. Cirugías realizadas por servicio, año 2016 .....	61
Cuadro No. 9. Especialidades clínicas, quirúrgicas y unidades de transición, en el año 2016 .....	64
Cuadro No. 10. Consultas realizadas en el año 2007 y 2016 en los servicios.....	65
Cuadro No. 11. Número de camas, 2007 y 2016.....	66
Cuadro No.12. Cirugías realizadas, 2007 y 2016.....	67
Cuadro No.13. Número de médicos, 2007 y 2016 .....	68
Cuadro No. 14. Presupuesto del Hospital, años 2008 y 2016 .....	69
Cuadro No. 15. Esperanza de vida de América, 2015 .....	74
Cuadro No. 16. Principales causas de muerte en mujeres y hombres de Chile, porcentaje 2006. ....	80
Cuadro No. 17. Programas de Salud de Chile, 2018-2022.....	82
Cuadro No.18. Tasas de mortalidad de las 10 principales causas de muerte en Cuba, 2000-2012. ....	87

## *Introducción*

La Organización Panamericana de la Salud (2014: párr. 1) establece que la Cobertura Universal de Salud radica en generar el acceso a servicios integrales de salud, adecuados y oportunos a todas las personas sin discriminación. Además, con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, s.f.: párr. 1), puntualiza que para ello se requiere “definir e implementar políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud”.

En el caso del Ecuador, desde la Constitución de la República hasta el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, establecen los lineamientos que las instituciones deben seguir para crear una política pública de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012: 13). En este caso, el Ministerio de Salud Pública es el encargado de coordinar y sistematizar, tanto los objetivos nacionales como internacionales, para tener dicha política pública y poder llegar a la Cobertura Universal en Salud (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

Dentro de toda esta política, se realizaron cambios tanto en infraestructura como en el modelo de gestión de todo el sistema. Es por ello que la prioridad se encuentra en los hospitales de tercer nivel, los mismos que según el Acuerdo Ministerial 5212, del Ministerio de Salud Pública, del 24 de diciembre de 2014, son los:

[...] establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por la ley.

El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” (2013: párr. 4) ha sido un referente en la salud desde sus inicios en 1933, cuando abrió sus puertas a todos los ecuatorianos y ecuatorianas. Siendo un hospital de tercer nivel, presta servicios de salud ya sean de prevención o recuperación, así como también es una institución de docencia e investigación; enfocada sobre todo en las especialidades complejas, como: oncología o nefrología (2013b: párr. 1).

Cabe mencionar que para el 2016, el Hospital (2013: párr. 5) cuenta con: 20 especialidades médicas, 15 especialidades quirúrgicas, 7 unidades especiales, 2 servicios generales, y un laboratorio clínico patológico; que en conjunto ofrecen atención y servicios de salud a la población ecuatoriana que no se encuentra afiliada a la Seguridad Social (IESS) o que, en su defecto, los otros hospitales o establecimientos de salud no pueden prestar algún servicio de salud.

El Ministerio de Salud Pública ha invertido desde el 2011 para la remodelación del mismo, en un área total de 8430 metros cuadrados en la torre de hospitalización (Andes, 2016: párr. 3), funcionando actualmente al 100%; y que, según el Presidente Rafael Correa en su discurso de “Entrega de la Repotenciación del Hospital Eugenio Espejo” (2016:19) la inversión en infraestructura, equipamiento y fiscalización fue de 33’891.961,84 dólares.



El problema está en que el Hospital Eugenio Espejo, antes de su repotenciación, ofrecía sus servicios a la población ecuatoriana, pero muchas veces las personas no lograban recibir dichos servicios de salud por el exceso de demanda que existía. Para el 2014, el hospital cuenta con 436 camas, 18 quirófanos y 91 consultorios (Hospital Eugenio Espejo, 2016). Por ello se invirtió en la casa de salud dado que requería mayores instalaciones. Para el 2016 y con la remodelación realizada, se espera que la atención haya mejorado; es decir, que se cumpla el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (2016b) de “Cobertura Sanitaria Universal”. Dicho objetivo contempla cuatro puntos, entre los cuales se encuentran: un sistema de salud sólido, un sistema de financiación de los servicios de salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y un personal sanitario bien capacitado (Organización Mundial de la Salud, 2016: párr. 1).

La población del Ecuador, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ha aumentado de 14.214.982 personas en el 2007 a 16.278.844 en el 2016. Así como también se puede ver el aumento de camas disponibles que, por definición es “la cama realmente instalada en el establecimiento de salud en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016). De acuerdo al INEC, el número de camas disponibles a nivel nacional pasó de 20.523 en el 2007 a 24.770 al 2015.

El aumento de camas disponibles es evidente pero dado que la población también aumentó, al revisar el indicador de producción de camas disponibles por cada 1000 habitantes, se puede ver que se mantiene entre 1,4 y 1,5. El profesor Maiqui Flores (2010: párr. 3) cita que la Organización Mundial de la Salud pone como parámetro o norma internacional, de acuerdo a la población, que el rango de camas por cada 1000 habitantes es entre 2,5 y 4. En poblaciones menores a 25.000 habitantes, como es el caso del Ecuador, deberían existir entre 2,5 a 3 camas por cada 1000 habitantes. Esto muestra que los esfuerzos por cubrir la demanda de salud deben ser aún mucho más fuertes. Y esto se corrobora con el indicador del rendimiento de giro de camas que muestra el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación. Este indicador a nivel nacional, según el INEC, estuvo en 44,8 personas en el 2007, y 46,9 personas en el 2015. Es decir, que casi 47 personas utilizaron la misma cama durante el 2015.

Adicionalmente a la infraestructura, ha existido una acumulación epidemiológica de enfermedades carenciales y transmisibles y crónico-degenerativas (Organización Panamericana de la Salud, 2008: 2). Las primeras hacen referencia a: infecciones respiratorias agudas, diarreicas, malaria, tuberculosis pulmonar, enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición global, crónica y anemia; mientras que las segundas son: enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías, hipertensión arterial, diabetes, tumores malignos, SIDA y problemas mentales. (Organización Panamericana de la Salud, 2008: 3).

Es decir, desde el lado de la demanda de servicios de salud, estos diversos tipos de enfermedades se pueden ver en las estadísticas del Sistema Integral de Indicadores Sociales del Ecuador que muestra las 10 causas principales de muerte del Ecuador. En el año 1997, se

trataban enfermedades como la influenza y neumonía (4,97%), cerebrovasculares (4,38%), insuficiencia cardíaca (4,34%), hipertensión (4,19%), afecciones originadas en el periodo prenatal (4,04%), accidentes de transporte terrestre (3,85%) enfermedades isquémicas del corazón (3,73%), diabetes mellitus (3,64), del sistema urinario (2,94%), agresiones (2,83%), causas mal definidas (13,78%) y el resto de causas representan el 47,30%. Es evidente que las enfermedades con respecto al corazón ocupan un gran espacio, pero también las gripes afectaban a la población.

Cuando se analiza el 2011, las estadísticas del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador muestra otro cuadro; ahora se atienden enfermedades como: Diabetes mellitus (7,15%), enfermedades hipertensivas (7,03%), enfermedades cerebrovasculares (6,31%), accidentes de transporte terrestre (5,38%), influenza y neumonía (4,92%), agresiones (3,38%), enfermedades isquémicas del corazón (3,23%), cirrosis y otras enfermedades el hígado (3,21%) enfermedades del sistema urinario (2,82%), insuficiencia cardíaca (2,72%), causas mal definidas (9,38%) y el resto de causas (44,47%). El cambio epidemiológico es claro: además de que el porcentaje de muertes ha aumentado en muchas de las causas, aparecen unas nuevas como la cirrosis y las enfermedades que respectan al corazón y al cerebro; las mismas que van teniendo una incidencia mayor.

Estas evidencias muestran que la demanda de salud ha cambiado en los últimos 20 años y que, en consecuencia, el sistema también debería modificarse. Es decir, que la oferta logre cubrir la demanda que exista. Según las Estadísticas del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” (2016), en el año 2013 recibía un promedio anual de 14.369 personas (referencias agendadas) tanto de la provincia de Pichincha como de otras provincias; y para el año 2014 aumentó a 18.925 personas (Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, 2016). Esto muestra que cada vez más personas necesitan o acuden a los servicios de salud.

Al aumentar la demanda, la infraestructura es necesaria pero también el personal médico calificado. Según las Estadísticas del INEC, en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud publicado en el 2015, muestra que el número de médicos ha aumentado: en el año 2007 se contaba con 14.007, mientras que en el 2015 existían 29.374. Es decir, el número de médicos se duplicó en tan solo 7 años; lo cual se evidencia también en la tasa de médicos: en el 2007 era de 9,85 médicos por cada 10.000 habitantes, mientras que en el 2015 aumentó a 18,04 médicos por cada 10.000 habitantes.

A pesar del aumento del personal médico, el Ecuador no logra cubrir el umbral que la Organización Mundial de la Salud (2016) ha establecido de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes; es decir, ese mínimo necesario para prestar servicios esenciales de salud. Finalmente, entre infraestructura y personal, la demanda de salud no ha logrado cubrirse de manera satisfactoria. Por lo tanto, ambos hechos muestran la necesidad de mejorar la infraestructura y el personal de acuerdo a las necesidades de la población del Ecuador.

La población que se contempla en esta investigación es todos los usuarios del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” para el período 2007-2016.

## ***Metodología del trabajo***

### ***1. Preguntas de investigación***

#### ***Pregunta general***

- ¿Cuál ha sido la influencia de la repotenciación del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en la producción de salud en el período 2007-2016?

#### ***Preguntas específicas***

- ¿Cuál ha sido la política pública ecuatoriana aplicada para repotenciar el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en el período 2007-2016?
- ¿Cuál es el efecto de la repotenciación en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” comparando los años 2007 y 2016?
- ¿Cuáles son los lineamientos que han utilizado otros países para tener una política pública eficiente en salud, que puedan ser aplicados en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”?

### ***2. Objetivos***

#### ***Objetivo general***

- Determinar la influencia de la repotenciación del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en la producción en salud en el período 2007-2016.

#### ***Objetivo específico***

- Describir la política pública aplicada para repotenciar el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en el período 2007-2016
- Determinar el efecto de la repotenciación en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” comparando los años 2007 y 2016.
- Analizar los lineamientos que han utilizado otros países para tener una política pública eficiente en salud, que puedan ser aplicados en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”.

### ***3. Método***

#### ***Tipo de investigación***

De acuerdo a Hernández Sampieri (2014: 4), a lo largo de la historia han surgido diferentes maneras de ver y realizar investigaciones y es por ello, que, para estandarizar los parámetros,

lo primero que se hizo fue considerar el enfoque de las investigaciones. Para ello, se considera cualitativa o cuantitativa.

El enfoque cuantitativo es un tipo de investigación secuencial y probatoria, dado que sigue un orden riguroso partiendo de una idea delimitada de la que se van a derivar los objetivos y las preguntas de investigación (Hernández Sampieri, 2014: 4).

En esta investigación, si bien existe una parte cualitativa, la mayor parte de la misma es cuantitativa dado que a través de métodos estadísticos, se va a examinar cómo ha evolucionado la producción en salud, el comportamiento de las variables de infraestructura y producción de salud y la política pública aplicada en el período de análisis, considerando las estadísticas internas y externas del hospital, de tal manera que se logre describir el efecto que tuvo la repotenciación del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”.

### ***Método de investigación***

Al igual que con el tipo de investigación, también se han definido los métodos de investigación, que según Hernández Sampieri (2014: 90) también se tiene los alcances de la investigación; el mismo que va a depender de la revisión literaria y de la perspectiva del estudio.

En esta investigación se va a considerar un alcance correlacional. Este es un estudio que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población Hernández Sampieri (2014: 93). Para medir este grado de asociación, primero se mide cada variable individualmente y luego se analizan las vinculaciones; con el fin de conocer el comportamiento de alguna variable dado otra que le afecte.

Se considera de este tipo porque a través del análisis de la política pública aplicada en el Sistema Nacional de Salud Pública y las estadísticas del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” se determinará el nivel de influencia de la repotenciación de dicho hospital en la producción de salud y cobertura de la misma; así como también se podrá analizar casos internacionales en los cuales la política pública ha sido eficiente y podría servir como ejemplos dentro del hospital.

## ***4. Metodología***

### ***Fuentes de información***

La información será obtenida de varias fuentes de información, las mismas que se citan a continuación:

Las fuentes primarias serán proporcionadas por el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, como: número de médicos por servicio de consulta externa, número de pacientes hospitalizados por servicio, número de cirugías realizadas por servicio, número de emergencias atendidas, número de tratamientos realizados a enfermedades catastróficas, número de camas hospitalarias por servicio, número de médicos por servicio y presupuesto.

Adicionalmente, las fuentes secundarias se tomarán del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos con respecto a la salud, para tener indicadores de infraestructura y personal médico a nivel nacional para el periodo de análisis entre 2007 y 2016; la misma que se encuentra en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud. También se tomarán las estadísticas de la epidemiología del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Para el análisis descriptivo, se necesitará de la información presupuestaria, la misma que será tomada del Ministerio de Economía y Finanzas.

Con todas estas fuentes, se hará una sola base de datos; es decir, se recolectará todos los datos en una sola base en la que se muestren todas las variables de manera ordena; para poder analizarlas detenidamente de acuerdo al periodo de estudio: 2007-2016.

### ***Variables e indicadores***

Es importante considerar todas las variables con sus indicadores para poder saber con lo que se cuenta y lo que se puede analizar en todo el periodo de estudio. A través del Cuadro No. 1 se observa cuáles son las fuentes, variables e indicadores que se considerarán en el trabajo de disertación:

**Cuadro No.1. Variables e indicadores**

Variable	Indicador	Fuente
Pacientes atendidos (2007-2016)	-Número de pacientes por servicio de consulta externa / número total de pacientes -Número de pacientes hospitalizados por servicio/número total de pacientes	Estadísticas del Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"
Cirugías (2007-2016)	-Número de cirugías realizadas por servicio/ total de cirugías -Número de emergencias atendidas/ total de cirugías	
Camas hospitalarias (2007-2016)	-Número de camas hospitalarias por servicio/total de pacientes -Camas disponibles/tiempo de uso de la cama hospitalaria	
Personal médico (2007-2016)	-Número de médicos/total de pacientes -Número de enfermeras/total de pacientes	
Enfermedades (2007-2016)	-Causas de muerte en el Hospital "Eugenio Espejo" -Número de personas infectadas por tipo de enfermedad en el Hospital "Eugenio Espejo" / total de personas	

	enfermas en el Hospital “Eugenio Espejo”	
Producción de salud (2007-2016)	-Número de médicos/ población total -camas hospitalarias/10000 habitantes -Giro de camas -Porcentaje de ocupación de camas	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Presupuesto anual asignado al hospital Eugenio Espejo (millones de dólares, 2007-2016)  Presupuesto anual en salud (millones de dólares, 2007-2016)	-Crecimiento del presupuesto en salud -Inversión pública en salud/inversión pública total -Presupuesto asignado al hospital/presupuesto total de salud -Presupuesto anual en salud/compra de medicamentos -Presupuesto anual en salud/inversión en tecnología -Presupuesto anual asignado/inversión en equipamiento	Ministerio de Economía y Finanzas

Elaborado por: Cristina Almeida

## 5. Metodología de análisis

### *Procedimiento metodológico*

Para responder a la primera pregunta de investigación, se realizará una descripción de la política pública aplicada en el Ecuador dentro del sector público para cumplir con el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud sobre la Cobertura Universal de Salud. Para ello, se considerará toda la normativa: la Constitución del 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de Salud, Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, los acuerdos ministeriales del Ministerio de Salud que se enfocaron en la repotenciación de los hospitales y los cambios adicionales en cuanto al modelo de gestión. Es decir, determinar los principales componentes que deben ser cubiertos para tener una política pública de salud de manera transversal.

Para la segunda pregunta de investigación, se realizará un análisis descriptivo del estado del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, antes y después de la repotenciación tomando en cuenta la infraestructura y las áreas de servicios. Para ello se considerará dos periodos: el primero desde el 2007 al 2011 y el segundo desde el 2012 al 2016, teniendo como punto de corte el año del inicio de la repotenciación. Es decir, como ha evolucionado los indicadores de producción: médicos por habitantes, camas disponibles, quirófanos, enfermedades tratadas por año, consultas realizadas y emergencias tratadas. Esta información será obtenida de las estadísticas propias del Hospital. Adicionalmente, también se realizará un análisis del presupuesto del Hospital y como se encuentra distribuida su participación de los diferentes ítems.

Para finalizar, en la pregunta de investigación tres, se analizará las diferentes estrategias y lineamientos que otros países han aplicado al momento de establecer sus políticas públicas y cómo éstas podrían ser un parámetro para la salud en el Ecuador, considerando como ejemplo los países que mejor servicio de salud tienen.

## ***Fundamento teórico***

### ***Introducción***

Es importante considerar como concepto global a la salud. Dentro de ésta, Álvarez y Kuri-Morales (2012) mencionan que se debe estudiar tanto la enfermedad como la salud en sí misma. Luego, se estudia la salud pública como herramienta que permite mejorar las condiciones de la población. Frenk (2016) afirman que la salud pública es un mercado diferente pero que está ligado estrechamente con la vida y eficiencia de las personas. Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (2012) habla de la cobertura sanitaria universal. Por este vínculo entre la vida y la cobertura, es necesario también tener en cuenta el Estado de Bienestar, donde Sen (1997) dice que no es cuestión de encontrar una utilidad numérica, pero que la misma depende de otros factores que llevan a maximizar dicha utilidad. Para entregar un buen sistema de salud, es necesario que el Estado intervenga. Stiglitz (2010) hace referencia a las fallas de mercado y Gimeno, Repullo y Rubio (2006) se enfocan en la asignación de recursos a través de un presupuesto óptimo.

Adicionalmente, la salud es un ámbito que puede ser estudiado dentro de la economía y, por ende, la economía de la salud tiene autores como: Grossman (1972) quien habla de nuevos aportes a dicha rama, y Shiell, Donaldson, Mitton y Currie (2002) que lo corroboran. También, se observa la oferta y la demanda de servicios de salud. Dentro de la oferta y demanda, se debe considerar la producción de salud, el financiamiento y la inversión en salud.

### ***1. Salud***

La salud en su más amplio concepto lo caracteriza la Organización Mundial de la Salud (s.f.), la cual considera como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”. Este concepto fue ampliado por Milton Terris (1980, citado en Bautista, 2013: 18), quien eliminó la palabra ‘completo’ y añadió la capacidad de funcionamiento, definiéndola como: “un estado de bienestar físico, psíquico, y social con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”. Así lo corrobora Francisco Yuste (s.f.: 1) quien dice que la “salud en la concepción fisiológica es la ausencia de enfermedad en los individuos, el bienestar del cuerpo”. Es decir, que la salud básicamente es un estado donde, tanto física como mentalmente, las personas se encuentran bien.

En la cultura oriental, consideran el mismo concepto, pero desde un punto de vista más natural. Es decir, que exista armonía del cuerpo y el espíritu, mediante dos elementos complementarios: yin (ying) y el yang (Vega Franco, 2000: 6). A través de estos elementos, todas las partes del cuerpo humano se relacionan, vinculándose con la naturaleza para encontrar un balance armónico. Esta idea del balance se la introdujo en la explicación científica en la que el biólogo, médico y fisiólogo francés Claudio Bernard (1994, citado en Vega Franco, 2000: 8) en su libro *Introducción al estudio de la medicina experimental* menciona que:



Si suprimimos o alteramos alguna función del organismo, la vida cesa, aun cuando el ambiente permanezca intacto; por otro lado, si modificamos los factores del ambiente que se asocian con la vida, ésta puede desaparecer, aun cuando el organismo no haya sido alterado [...].

Es decir, que los diferentes elementos, tanto del cuerpo como del ambiente, deben estar equilibrados; de tal manera que la persona se encuentre en un estado sano.

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa en 1986, la Organización Mundial de la Salud escribió la CARTA. Dicha carta está dirigida a cumplir con el objetivo “Salud para Todos en el año 2000” y en la cuál se menciona que “la salud se percibe como fuente de riqueza de la vida cotidiana”. Conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (1989: 1) consideran que la salud depende de factores: políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos.

Además de que también establece que la salud está estrechamente ligada con la enfermedad. Como menciona Álvarez y Kuri-Morales (2012: 7) la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a este. A pesar de que son conceptos bipolares, la traducción de dichos conceptos es una buena o mala calidad de vida (Vega Franco, 2000: 11).

Adicionalmente, Musgrove (2003: 29) discute que la salud es un derecho inalienable, ya que no se lo puede transferir de una persona a otra. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en su nota descriptiva N°323 de diciembre de 2015 también afirma que existe el derecho la salud; el mismo que abarca libertades y derechos, en donde el último hace referencia al “acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que pueda alcanzar”. Además de que el derecho a la salud está relacionado con otros derechos, siendo uno de ellos la cobertura sanitaria universal.

### ***1.1. Salud pública***

La salud pública ha sido objeto de estudios por parte de varios autores y desde diferentes perspectivas. La aparición de problemas de salud y los derechos laborales, en el periodo de 1848 a 1914, ayudaron a que los gobernantes se preocuparan por lo que actualmente se conoce como salud pública (Vega, 2000: 17). Johann Peter Frank, con sus seis volúmenes de Política sanitaria publicados entre 1779 y 1819, expone que la “salud de la población es responsabilidad del Estado” (citado en Vega, 2000: 17). Frank es considerado como el pionero de la salud pública.

Una primera definición de salud pública surge en el siglo XX, cuando Winslow (1920, citado en Castillo, Hernández y Rosales, 2010:10) dice que la “salud pública es la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental”, teniendo en cuenta el apoyo de la comunidad. Entre 1930 y 1940, se cree con mayor firmeza que los aspectos de salud pública deben integrarse con los sistemas nacionales de salud (Bautista, 2013: 20).

Por su parte, Frenk (2016: 27) hace alusión a diferentes significados, como, por ejemplo: es una acción gubernamental, incluye a la comunidad organizada, puede ser también prevención en los grupos vulnerables o padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad. Y también indica que al ser “pública” ayuda a saber el tipo de análisis que se quiere hacer (Frenk, 2016: 27). Esto concuerda con Winslow cuando incluye a la comunidad y ponen un punto importante que es la prevención de las enfermedades.

En la actualidad, la definición ya incluye a las comunidades u organizaciones; es decir que será el “esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde [...]” (Bautista, 2013: 20).

Winslow (1913, citado en Frenk, 2016: 26) dice que actualmente se busca al agente de cada enfermedad. Bautista (2013:21) afirma que la relación salud-enfermedad existe y que las acciones deben adaptarse a dicha relación con cuatro puntos importantes: protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la restauración de la salud. Es decir, que la salud vendrá acompañada de la enfermedad y, por ende, los esfuerzos públicos deben enfocarse en los dos aspectos.

Por otro lado, a nivel mundial, la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, en el artículo 25, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar [...]”. Es decir, que la salud pública está contemplada a nivel mundial y adicionalmente, también es un derecho para todos, el hecho de poder ser atendido y recibir los insumos necesarios, ya sea para curar la enfermedad o prevenirla.

Adicionalmente, según Birn, Pillay y Holtz (2009: 541) mencionan que el mercado de la salud opera diferente a muchos mercados de bienes y servicios. Esto se da porque los consumidores desconocen lo que están consumiendo; solo se limitan a seguir las instrucciones de los profesionales de la salud (Hernández y Lazcano, 2013: 270). Entonces, el profesional será el agente del consumidor, el mismo que buscará mejorar la salud del paciente.

En resumen, la salud pública es una rama de estudio que busca impedir enfermedades o padecimientos de los grupos poblacionales, considerando que el mercado opera de diferente manera ya que muchas de las variables no son controladas por el paciente o por los médicos

## ***1.2. Cobertura sanitaria universal***

Cuando se habla de cobertura universal, se espera que todas las personas dentro de un territorio se encuentren cubiertas por un servicio. La Organización Mundial de la Salud (2012: párr. 1) habla de la cobertura sanitaria universal, la misma que “asegura que todas las personas reciban servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”. Para

ello, existen varios requisitos como existencia de un sistema de salud sólido, asequibilidad, acceso a medicamentos y tecnologías y dotación suficiente de personal sanitario. Así lo ratifica la Organización Panamericana de la Salud (2014: 2) y quien hace referencia también al acceso a los servicios sanitarios; los mismos que deben ser oportunos y de calidad y sin discriminación ninguna persona.

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la salud en el mundo 2008, asegura que “la cobertura universal por sí sola no es suficiente para garantizar la salud para todos”. De hecho, debe ir acompañada de la equidad sanitaria ya que, se ha visto que en muchos países aun persisten las desigualdades. Por ello, se propone tres formas de avanzar hacia la cobertura universal: la amplitud, que hace referencia a “la proporción de población que goza de protección social de salud”; la profundidad, que tiene que ver con los “servicios esenciales requeridos para atender con eficacia las necesidades sanitarias de las personas y teniendo en cuenta la demanda”; y el nivel, que es la “proporción de gastos sanitarios afrontados mediante los mecanismos de mancomunación y prepago”.

Es evidente que cualquier cambio que se quiera realizar, requiere de un compromiso y esfuerzos. Es decir, si se quiere llegar a una cobertura universal, se debe considerar los desafíos como las poblaciones en zonas desfavorecidas o dispersas que no cuentan con la infraestructura necesaria, o bien el financiamiento de los servicios sanitarios y la regulación de los mismos. La salud ha sido objeto de estudio dentro de la economía por un largo tiempo y Ramírez y Bosque (2001: 54) mencionan que la salud puede ser considerada como un servicio público, con objetivos; considerando la población con la que se está trabajando.

## ***2. Economía de la salud***

La salud y la economía son dos ámbitos que se relacionan estrechamente. Por una parte, la economía estudia las elecciones que orientan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, así como buscar el beneficio máximo para la sociedad (Collazo, Cárdenas, González, Miyar, Gálvez y Cosme, 2002: 1). Mientras que la salud se puede considerar como un bien escaso, al cual se le debe prestar mucha atención. Entonces, entre el desarrollo económico de una sociedad y el estado de salud de su población, existe una clara relación (Hernández y Lazcano, 2013: 261). Es decir, un país mayormente desarrollado tiene un nivel de salud más alto.

Los primeros aportes en el ámbito de la economía de la salud se relacionan con modelos en los cuales, se considera solamente la inversión en salud, como los de Becker y Ben-Porath (1967, citado en Grossman, 1972: 224). Sin embargo, posteriormente ya se le da un significado a todo el campo, dado que se encontró muchos aspectos sobre los cuales trabajar.

Entonces, la economía de la salud es la rama de la economía que estudia la producción y distribución de salud y atención sanitaria (De las Cuevas, Hidalgo y Del Llano, 2000). Así como también, Ana María Gálvez (2003), menciona que la economía de la salud es “una disciplina

científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud bajo los principios de la eficiencia y equidad”.

Por otro lado, autores como Shiell, Donaldson, Mitton y Currie (2002: 85) en su artículo titulado “Health Economic Evaluation” mencionan que la economía de la salud se basa en “proveer un conjunto de técnicas analíticas que ayudan a tomar una decisión, en el sector sanitario, para promover la eficiencia y la equidad”. Es decir, que la mayoría de los autores concuerdan que la economía de la salud tiene que enfocarse en dar servicios eficientes y equitativos; es decir, que sean rápidos y que lleguen a todos.

Al ser la economía de la salud un mercado más en la economía, cuenta entonces con una oferta y una demanda. Según la Fundación Politécnico Grancolombiano (2009:75) tanto desde el lado de la oferta como de la demanda, se pueden identificar cinco mercados de la salud: financiación, servicios médicos, servicios institucionales, servicios farmacéuticos y educación profesional.

## ***2.1. Demanda***

En primer lugar, es importante mencionar que la demanda individual de un bien o servicio “refleja el deseo de satisfacer un gusto con recursos limitados” (Hernández y Lazcano, 2013: 266). En otras palabras, los individuos tienen una elección de un bien considerando que los recursos son escasos. Adicionalmente, los mismos autores (2013: 266) hablan de que la cantidad demandada es un monto que el individuo planea comprar a un precio dado.

Esta definición se puede aplicar al campo específico de la salud. Es decir, que las personas pueden demandar servicios médicos para poder ganar más días de una buena salud o un buen estado físico y mental.

Pero es importante considerar que existe una demanda de salud y una demanda de servicios de salud. Esta diferencia se da porque el consumidor no demanda directamente la salud (Hernández y Lazcano, 2013: 267), lo hace a través de los servicios de salud, los mismo que van a satisfacer la necesidad de mejorar la salud. Entonces, la demanda de servicios de salud abarcará “todo el conjunto de cuidados médicos, tanto preventivos como terapéuticos prestados por profesionales directamente o en centro de atención primaria u hospitalarios” (Gimeno, Rubino, Tamayo, 2005: 63).

Es decir, como mencionan Mauricio Hernández y Eduardo Lazcano (2013: 267) la demanda de salud es “una demanda indirecta, derivada de la demanda directa de un conjunto de bienes y servicios que producen salud” y la demanda de servicios de salud es “una demanda directa por bienes o servicios, tales como medicamentos o visitas médicas, que tienen como objetivo mejorar la salud del consumidor”. Es decir, que se demandarán los servicios cuando la persona vea afectada su nivel de salud o busque mejorar la misma.

Otra diferencia que se debe considerar es que la variable de salud es considerada como un fondo, es decir una cantidad en un momento dado; mientras que los servicios de salud son un flujo, es decir, tantos servicios en un periodo de tiempo (Gimeno, Rubio, Tamayo, 2005: 63). Es decir, que la salud será un stock y cuando la persona pierde dicho stock, se ve obligado a demandar servicios y realizar una inversión urgente.

Adicionalmente, autores como Hibbard and Weeks (1987, citado en Jan, Kumaranayake, Roberts, y Hanso, 2007: 104) considera tres aspectos del comportamiento del consumidor: conocimiento, actitud, comportamiento. Es decir, lo que la persona conoce sobre el estado de salud, la actitud que tiene frente al estado de salud y el comportamiento, o reacciones que tiene frente al estado de salud.

Otro punto importante lo muestra Tafani (2015: 78) quien menciona que existe un proceso de transformación epidemiológica y cambio en el mercado de salud. Esto refiere al hecho de que la producción de servicios de salud no es sinónimo de crecimiento equilibrado. Es decir, no porque se tenga más servicios de salud, significa que se está cubriendo a toda la demanda. Álvarez y Kuri-Morales (2012:9) afirman que la epidemiología tiene base en la ecología, la misma que considera factores relacionados con la salud y la enfermedad: los agentes causales de la enfermedad, el huésped y el medio.

Según G. E. Alan Dever (1991: 141) la epidemiología tiene un carácter descriptivo y esto hace referencia a “la observación y descripción de la ocurrencia, distribución, dimensión y progreso de la salud y de las causas de enfermedad y muerte en las distintas poblaciones”. Es decir, que la salud y la enfermedad no son campos aislados; al contrario, responden a patrones que reflejan las causas subyacentes. De acuerdo a este autor, se puede estudiar en base a dos aspectos importantes: la persona y el lugar y el tiempo.

Por un lado, en cuanto a la persona, se debe considerar los factores que afectan a la distribución de salud y enfermedad: demográficas, sociales y estilos de vida (Dever, 1991: 142). Las variables que hacen referencia a la demografía son: la edad, el sexo y el origen étnico o racial. La edad es uno de los factores más importantes en la ocurrencia de la enfermedad ya que, por ejemplo, existen enfermedades que se presentan exclusivamente en un determinado grupo etario. El sexo es relevante porque los patrones de mortalidad y morbilidad de los hombres son distintos a los de las mujeres. El origen étnico o racial sirve para no perder de vista a los problemas especiales de los grupos específicos (Dever, 1991: 142-166).

En los factores sociales se consideran variables como el nivel socioeconómico, los riesgos ocupacionales, riesgos ambientales, estado civil y otras características (Dever, 1991: 167). Y las variables relacionadas con el estilo de vida tienen que ver con “los patrones de conducta individual y social que están, por lo menos en una parte, bajo control individual y que afectan a la salud personal” (Dever, 1991: 174). Ejemplos de estas variables pueden ser el consumo de tabaco y alcohol, dieta, actividad física, uso de armas, uso de vehículos, entre otros.

Por otro lado, en cuanto al lugar y al tiempo, la ocurrencia de enfermedades depende de distintos factores como el medio físico o biológico de cada área, así como también de las características de los habitantes. Es decir, es relativo al lugar donde ocurre la enfermedad (Dever, 1991: 185).

De acuerdo a todas las características antes mencionadas, las personas van a requerir uno u otro servicio de salud, dependiendo de la aparición de las diferentes enfermedades. Y los factores que determinan la utilización de servicios de salud son (Dever, 1991: 224): factores socioculturales y organizativos, así como factores relativos al consumidor y a los profesionales de la salud.

Las enfermedades han tenido un cambio notoriamente definido: han pasado de enfermedades infecciosas a crónicas (Dever, 1991: 398). Es por ello que el sistema de salud ha tenido que reorientarse para enfocar los esfuerzos en las nuevas enfermedades. Además de que la población se ve afectada por las nuevas enfermedades que pueden surgir, Cueto y Zamora (2013: 60) mencionan que existen enfermedades infecciosas que son una gran amenaza, pero que también se debe considerar las enfermedades futuras; ya que todas las enfermedades tienen un impacto económico, social y político. Actualmente, las personas se preocupan por sus estilos de vida, con una dieta balanceada, acompañada de actividad física para prevenir las enfermedades

## **2.2. *Oferta***

Así como los servicios son demandados por los consumidores, la oferta debe responder: producir y ofrecer los diferentes bienes y servicios correspondientes a la salud. Existen diferentes enfoques sobre la oferta de servicios de salud, unos sobre los recursos hospitalarios y otros sobre la producción en salud.

Autores como Pauly y Reisch (1973, citado en Jan, Kumaranayake, Roberts, y Hanson, 2007: 99) asumen que los recursos hospitalarios son controlados por los doctores, donde el resultado depende de un óptimo de personal y de los efectos de precios y servicios. Es decir, son los doctores quienes tendrán el control de todo lo que tiene un hospital. Mientras que Newhouse (1970, citado en Jan, Kumaranayake, Roberts, y Hanson, 2007: 100) asume que los hospitales son controlados por los gerentes, donde la función de utilidad incluye la cantidad y la calidad de los servicios de salud. En otras palabras, son los gerentes quienes velarán por tener todo lo necesario.

Adicionalmente, Stepniewski y Bugdol (2010) afirman que los hospitales enfrentan problemas relacionados con la población y el crecimiento, las enfermedades, regulaciones estatales y las responsabilidades sobre la seguridad del paciente. Y esto se encuentra muy cerca de la realidad de los sistemas de salud, ya que la oferta tiene que acoplarse a la demanda y a todas las regulaciones que realice el estado en cuanto a materia de salud. Sin embargo, la oferta como tal está totalmente ligada con la producción de salud.

### **2.3. Producción de salud**

Cuando se habla de producción de salud, se habla de una producción de un servicio como cualquier otro en la economía en general; realizado a través de una función de producción, la misma que es “un proceso mediante el cual insumos (mano de obra, capital, gerencia, productos intermedios, entre otros) se transforman en un bien o servicio final (Hernández y Lazcano, 2013: 269).

Como en cualquier rama de la economía, todos los factores productivos deben ser utilizados de manera eficiente; es decir, que sean lo mayormente productivos. Según Gimeno, Rubio y Tamayo (2005: 97) la productividad es “un factor que será la relación que existe entre el producto que se obtiene y el grado de utilización del factor”, dependiendo de la dotación de factores que tenga y de la combinación de los mismos.

También se debe considerar que la producción de salud se basa en servicios de salud; los mismos que según Passos Noguiera (1991: 16) dice que el significado desde el servicio en general, el mismo que se define por la utilidad que causa y puede ser entregado de manera privada, individual o colectiva.

De esto, entonces, se puede derivar el concepto de servicios de salud, el mismo que según Hernández y Lazcano (2013: 269) es “el servicio que se produce o se ofrece con el fin de mantener o mejorar el estado de salud del paciente”. Entonces existirá una provisión de servicios de salud, los mismos que pueden venir desde el sector público o privado. Esto depende de quien realice el pago de los servicios: si es el sector público, éste es quien cubre todos los gastos; pero si es el sector privado, es el consumidor el que paga con su dinero.

Dado que es un servicio, según Lemus, Aragües y Oroz y Lucioni (2009: 115) mencionan que la arena hospitalaria debe estar orientada a la acción, compromiso con la población, estructura simple, antiburocracia y operaciones eficientes. Además de que Gimeno, Rubio y Tamayo (2005: 112) mencionan que los servicios se pueden clasificar en: servicios básicos, que son la razón principal por la cual el paciente acude, y servicios periféricos, son aquellos a los que se puede acceder por ser usuario del servicio.

Cuando se habla de producción de salud, se debe considerar los determinantes de la salud. De acuerdo a Lalonde (1974: 55) menciona que existen cuatro factores: biológicos, estilos de vida, sistemas sanitarios y medio ambiente físico y social. Por su parte, Hernández y Lazcano (2013: 298) mencionan los determinantes sociales de la salud, que son: culturales, económicos y políticos.

Adicionalmente, Ramírez y Bosque (2001: 54) habla de eficiencia espacial y efectividad: la primera es un volumen de desplazamientos que la demanda debe efectuar para utilizar las instalaciones; mientras que la segunda la denomina como la relación entre el impacto actual y el impacto potencial. Es decir, como la demanda utiliza todo lo disponible para mejorar los niveles de salud, en base a lo que la oferta le propone o entrega.

## **2.4. *Financiamiento de la salud***

La Organización Mundial de la Salud (2017: párr. 1) define al financiamiento de la atención de la salud como “una función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de salud”.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (2010: 4) realizó un Informe sobre la salud en el mundo, denominado La Financiación de los Sistema de Salud en el cual establece tres puntos fundamentales de la financiación sanitaria: recaudar suficiente dinero destinado a la salud, eliminar las barreras económicas de acceso y reducir los riesgos financieros de la enfermedad, aprovechar mejor los recursos disponibles.

Los servicios de salud tienen que tener un precio o un costo, dado que hay que pagar a los médicos, enfermeras, medicinas y hospitales; aun que muchas veces sea el Estado quien proporcione los servicios. Pero en una explicación técnica menciona que el financiamiento es mucho más que solo dinero; donde se debe considerar cuestiones como: a quién se le pide que pague, cuándo paga y cómo se gasta el dinero recaudado.

Generalmente, la mayoría de las personas asocia a la recaudación de ingresos con la financiación de la salud ya que, ese dinero servirá para los gastos; considerando que ese dinero puede provenir desde los consumidores o desde las empresas. Mientras que la mancomunación es la acumulación de los recursos económicos para evitar los riesgos financieros de, en caso necesario, tener que pagar por los servicios.

Entonces, en base a esto, la Organización Mundial de la Salud (2010), en el mismo Informe, dice que los sistemas deben estar diseñados para dos propósitos: proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.

La Organización Panamericana de la Salud (2010: 1) realizó un Documento oficial denominado Programa y Presupuesto: Proposal 2010-2011. En este documento muestra sus fuentes principales de financiamiento: el presupuesto ordinario, la proporción de AMRO y otras fuentes. Además de que considera un presupuesto no específico, que es la base de los recursos, y el presupuesto específico, que son las contribuciones y sirve para las áreas programáticas subfinanciadas.

Adicionalmente, Según Hsiao, William y Liu, Yuanli (2001: 262) el financiamiento tiene dos direcciones: para dar igual acceso a la población y para proteger a las personas. Además, de que dicho financiamiento puede venir de fuentes como impuestos, contribuciones públicas y privadas, financiamiento comunitario o pagos de las personas. En el esquema financiero del Sistema de Cuentas de Salud, mencionado por Rafael Urriola (2013), se detallan varios actores:



gobierno, seguridad social, seguros privados, Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorios (CMSA por sus siglas en inglés), seguros voluntarios, instituciones sin fines de lucro, empresas financiadoras y personas sin gasto.

Adicionalmente, Fleury (2003: 35) menciona que una red pluralista de proveedores públicos y/o privados o una red compleja entre financistas y proveedores puede ser una tendencia para financiar la salud. Dado que como se menciono, los actores provienen de diferentes sectores de la economía; y una red entre todos, logrará que el sistema tenga mayor financiamiento. Entonces, luego del financiamiento, el objetivo debe enfocarse en cómo invertir el dinero para entregar un buen servicio de salud.

## **2.5. *Inversión de salud***

Es importante comenzar con el concepto, que según Hernández y Lazcano (2013: 268) la inversión en salud es “una cantidad de recursos dirigidos a mantener la salud (ya sea por rutina o por algún evento de enfermedad) con el objetivo de ganar días saludables”. Es decir, luego de encontrar el dinero mediante el financiamiento, cuanta cantidad se destina para los diferentes servicios de salud que pueda requerir una persona.

Sin embargo, ante cualquier estudio, se debe determinar el volumen de la demanda efectiva a la cual se busca satisfacer. Según Corella (2014: 38) es recomendable, cuando se tiene un proyecto de inversión, estudiar algunos factores que afecten a dicha demanda; es decir, que la viabilidad del proyecto depende de la actividad que se quiera hacer. Esto se debe a que pueden existir costos y errores en los proyectos (Corella, 2014: 20).

Por el contrario, Weiss-Altaner (1975: 61) considera que la salud es una inversión ya que es un gasto encaminado a obtener o producir un flujo de poder adquisitivo en períodos futuros. Es decir, se traduce en inversión cuando el efecto se observa en la productividad y en la morbilidad; y ésta depende del nivel de ingreso que tenga el individuo. Hernández y Lazcano (2013: 268) afirman que la inversión es distinta en cada individuo ya que, cada individuo inicia su vida con un nivel de salud diferente. Además de que también depende de cuánto invierta y de las preferencias del individuo.

Michael Grossman (1972: 223-224) menciona que, durante las dos décadas pasadas, los individuos y la noción de inversión empezaron a ser ampliamente aceptadas en la economía. Los incrementos en el stock de la persona en cuanto a su conocimiento y capital humano aumentan la productividad y, por ende, las ganancias monetarias. Con incrementos en la productividad, los individuos tienen el incentivo de invertir en otros campos como, por ejemplo, la educación o la capacitación. Para el modelo que Grossman crea, otra justificación es que los estudios médicos han demostrado que la demanda de los consumidores no es por los servicios en sí, sino por tener una “buena salud”.

Grossman (1972) construye un modelo en el cual considera la demanda de salud con un stock inicial y una depreciación dada por los años de edad. Además de que el nivel de salud de un individuo es endógeno. La salud es demandada por dos razones: como un consumo y como una inversión. Una predicción del modelo es que la tasa de depreciación incrementa con la edad, al menos después de un cierto punto en el ciclo de la vida y la cantidad de salud demandada va a reducir durante el ciclo de vida. Otra predicción es que la demanda del consumidor por la salud y los seguros de salud van a estar positivamente correlacionados con el salario.

### ***3. Estado de bienestar***

El bienestar de una persona o de una nación se enfoca en el desarrollo de un sistema económico, político y social. Amartya Sen (1997: 62) aclara que hay que hacer una distinción entre la faceta de bienestar y la de ser agente, ya que no todas las actividades que realice una persona van a maximizar el bienestar. Es por ello que se pregunta si existe el bienestar.

Existen estas dos facetas, de bienestar y de ser agente. El papel de ser agente es la que aparece en primer lugar (Sen, 1997:63) ya que da la vida a la persona. Es decir, es lo que da la dirección de la vida. Mientras que la faceta de bienestar se enfoca como utilidad, y puede estar en distintas formas: felicidad, deseo o elección. Posteriormente, el mismo autor introduce conceptos como la equidad y justicia.

Llambías (2001) consideran como Amartya Sen que la salud puede ser anclada al concepto de justicia social, desigualdad e inequidad. Además de que la salud y la enfermedad deben tener un lugar destacado ya que no se las puede analizar por separado. Angus Deaton (2015: 42) hace referencia a la salud, diciendo que ésta es el punto de partida ya que, para tener una buena vida es necesario tener salud. Es decir, cuando no se tiene salud, se puede limitar la posibilidad de disfrutar de esta buena vida.

Deaton (2015: 41) haciendo referencia al bienestar general, habla de un gran escape, el cual se enfoca en dos puntos importantes para la sociedad: la pobreza y la muerte. Y el término bienestar, entonces, hará referencia a “todas las cosas buenas para una persona, que hacen que la vida sea buena” (Deaton, 2015: 41).

Al contrario de Sen, Juárez y Sánchez (2006: 280) dice que el estado de bienestar es un conjunto de respuestas de política económica al proceso de modernización, por factores económicos y políticos. Es decir, ya no es una simple utilidad de la persona; sino que ya se consideran factores más reales sobre la vida de cada persona.

Con respecto a la equidad, Whitehead (1992, citado en Llambías, 2015: 68) dice que existen cuatro tipos: igualdad de acceso disponible para igual necesidad, igualdad de utilización para igual necesidad, igualdad en la calidad de la atención e igualdad en el resultado. Entonces, el estado de Bienestar se enfoca en maximizar la utilidad de las personas, basado en la justicia y la equidad, buscando así que los bienes necesarios sean proporcionados por el Estado.

### ***3.1. Intervención del Estado***

El mercado puede ser considerado como el mejor proveedor de bienes y servicios. Pero existen sectores en los cuales no satisface las necesidades, es decir, el mercado falla. Es ahí cuando el Estado interviene: cuando un mercado no puede proveer de servicios de calidad a las personas. En el sector salud, existen poderosas razones para intervenir, así como la regulación de las actividades que afectan el bienestar de las personas (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005: 144).

Es así que los servicios de salud pueden ser considerados como bienes públicos, ya que presentan las dos características: no rival y no excluyente (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005: 150). Es decir, el servicio no puede negársele a ninguna persona, y no porque alguien lo utilice significa que alguien más no va a tener acceso.

De la misma manera, Stiglitz (2010: 353) menciona que el Estado debe intervenir cuando existen fallas de mercado, siendo la principal la información asimétrica. Esto se da porque los pacientes son quienes tienen una información y los profesionales de la salud tienen otra. Los pacientes saben las consecuencias de los tratamientos mientras que los médicos conocen las diferentes enfermedades y sus tratamientos.

Para evitar las fallas de mercado, Gimeno, Rubio y Tamayo (2005: 169) dice que la información puede tener dos formas: tratar de canalizar hacia el público la información disponible del mercado y puede adoptar el papel activo en la generación de información.

Adicionalmente, Martin (2010: 123) dice que la eficiencia es la capacidad de una unidad producción para producir en el límite de su conjunto de posibilidades de producción; considerando la ineficiencia del sector público y que el grado de exigencia es mayor en este que en el sector privado. Mientras que, en cuanto a la equidad, el mercado no es capaz de garantizarla. Es por eso que la intervención del Estado puede ayudar a corregir dicha situación ya que no existen intereses particulares que cubrir.

Autores como John, Grath y Aytur (2014: 2) dicen que las políticas públicas son diseñadas para afectar a los individuos y cubrir los deseos de la sociedad. Es decir, las políticas deben estar enfocadas a la creación y distribución de la riqueza, por ejemplo, en el sistema educativo o en el sistema de salud (John, Grath y Aytur, 2014: 6). Considerando que la salud no es el único aspecto que el Estado tiene a su cargo y además que está ligado a otros aspectos básicos para el desarrollo de la persona.

Luego del análisis profundo de toda la literatura establecida, se puede llegar a la conclusión de que la salud no es un aspecto aislado de los demás factores sociales: tiene una gran correlación con otros como la educación o el trabajo, por ende, con la productividad. Adicionalmente, el campo de la salud ya no es solo cuestión de la medicina, sino que se le han incorporado muchos aspectos de la economía, tanto macro como microeconómicamente; considerando que el

mercado de la salud es un mercado diferente a los demás. Además de que la salud también ha sufrido cambios en las enfermedades que padece la población actualmente, y por ende, la investigación y estudio de las mismas debe ser constante.

Finalmente, la intervención del Estado va a ser fundamental para proporcionar este servicio a toda la población, de tal manera que se cumpla con el objetivo principal de la cobertura universal de salud, evitando que las personas pasen por penurias. Y así, las prioridades de las personas puedan enfocarse en otras actividades; teniendo el acceso a una salud de calidad.

## ***CAPÍTULO I: Política pública aplicada para repotenciar el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en el período 2007-2016.***

A lo largo de la historia, la política pública ha adoptado diferentes significados. Por ejemplo, Thomas Dye (2008:1) en pocas palabras dice que “es todo lo que los gobiernos decidieron hacer o no hacer”. Sin embargo, para la economía es importante considerar, no solo el significado sino un análisis del mismo. Como menciona Stiglitz (2010: 24) se debe hacer un análisis del mismo; para lo cual se debe considerar cuatro pasos importantes:

1. Describir las actividades que realiza el Estado
2. Analizar las consecuencias
3. Evaluar las distintas medidas
4. Interpretar el proceso político

Es decir, son las decisiones que toman todos los actores que forman parte del Estado; las mismas que deben ser analizadas de manera profunda para saber el efecto de las mismas. En el caso que se está analizando del Hospital, es importante primero saber que actividades van dirigidas a la mencionada casa de salud, luego saber que consecuencias trae los pacientes y sobre la producción de salud y así poder evaluar estas medidas y su impacto, para poder interpretar estas decisiones a manera de resultados finales.

Pero estas decisiones de política pública son tomadas de acuerdo a diferentes normas jurídicas que rigen a la sociedad en su conjunto. Entonces, es importante saber que las normas “son proposiciones que expresan un *deber ser* como relación a conductas o comportamientos humanos” (Salgado Pesantes, 2010: 47). Es decir, estas normas están ligadas al comportamiento humano y, por lo tanto, pueden o no ser cumplidas.

Además de que también se puede saber como dichas normas funcionan. Para facilitar esto, García Máynez (2006: 78-79) menciona once agrupaciones de las normas del derecho que ayudan en el estudio de las mismas y que se mencionan a continuación:

1. Desde el punto de vista del sistema al que pertenecen
2. Desde el punto de vista de su fuente
3. Desde el punto de vista de su ámbito espacial de validez
4. Desde el punto de vista de su ámbito temporal de validez
5. Desde el punto de vista de su ámbito material de validez
6. Desde el punto de vista de su ámbito personal de validez
7. Desde el punto de vista de su jerarquía
8. Desde el punto de vista de sus sanciones
9. Desde el punto de vista de su cualidad
10. Desde el punto de vista de sus relaciones de complementación
11. Desde el punto de vista de sus relaciones con la voluntad de los particulares

De todos estos, el que se tomará para el análisis de la normativa será desde el punto de vista jerárquico. Como menciona García Máynez (2010:83) las normas tienen una secuencia donde

existe una relación o nexo sub o supraordinación, que permite la ordenación escalonada. Para ello, Hans Kelsen incorpora en sus estudios esta teoría de la jerarquía y luego de varios años, finalmente se llega a la conclusión de que el orden jerárquico normativo se compone de cuatro grados (García Máynez, 2010: 85):

1. Normas constitucionales
2. Normas ordinarias
3. Normas reglamentarias
4. Normas individualizadas

Con este antecedente, se escribió la Constitución de la República del Ecuador 2008 en Montecristi con el primer mandato de Rafael Correa. En su título IX: Supremacía de la Constitución, Capítulo primero: principios, artículo 425 se establece que:

El orden jurídico de aplicación de las normas será el siguiente: La Constitución; los tratados y convenios internacionales; las leyes orgánicas; las leyes ordinarias; las normas regionales y las ordenanzas distritales; los decretos y reglamentos; las ordenanzas; los acuerdos y resoluciones; y los demás actos y decisiones de los poderes públicos. [...]

A continuación, primero se realizará un análisis de los organismos internacionales encargados de la salud, y posteriormente de las normas y normativas que rigen al Sistema de Salud ecuatoriano.

### ***1. Lineamientos de organismos internacionales***

En el ámbito de la salud, básicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la que está a cargo de analizar en los diferentes países el estado de la salud de la población y tratar de buscar el mejoramiento de la misma.

La Organización Mundial de la Salud cuenta con su propia Constitución (2014:1), la cual definió a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En base a esto, el objetivo de la Organización Mundial de la Salud es alcanzar el grado más alto posible de salud en todos los estados miembros (Constitución, 2014: 2). Por ello, la Organización Mundial de la Salud actuará como autoridad, buscando coordinar y ayudar a los gobiernos, además de proporcionar ayuda técnica y promover la cooperación, entre otras funciones.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud trabaja conjuntamente con distintas organizaciones intergubernamentales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o las Naciones Unidas (ONU), con el fin de buscar el mejoramiento de la salud de todos los habitantes.

En cuanto a la Organización Panamericana de la Salud, ésta se enfoca en la salud pública de las Américas, considerando a 47 países de la región, entre ellos Ecuador, para mejorar y proteger la salud. El compromiso final, como está establecido en la página oficial (Organización

Panamericana de la Salud, 2017: párr. 1), es “lograr que cada persona tenga acceso a la atención en salud que necesita, de calidad y sin caer en la pobreza”. Es por esto que se ha establecido el concepto de “Cobertura Universal de Salud”, el mismo que ya fue estudiado en el Fundamento teórico pero que en pocas palabras hace referencia a que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, a través de la implementación de políticas públicas. Cabe mencionar que, para tener cobertura universal, se debe tener acceso universal; ya que, sin esto, se vuelve inalcanzable.

Por otro lado, también se tienen acuerdos con la Organización de las Naciones Unidas, la misma que dispone que la Organización Mundial de la Salud sea el organismo especializado con todas las atribuciones internacionales. En el ámbito de la salud, la Organización de las Naciones Unidas participa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); en especial con el número tres: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Dado que el objeto es promover el desarrollo sostenible, uno de los ejes va a ser la salud, que busca garantizar una vida saludable y el bienestar de todas las personas.

Cada uno de los objetivos cuenta con diferentes metas generales, la mayoría para ser cumplidas hasta el año 2030. Cada uno de los objetivos cuenta con diferentes metas, en el caso del objetivo 3, existen nueve metas, las mismas que se detallan a continuación (Organización de las Naciones Unidas, 2017):

1. Reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años
3. Poner fin a las epidemias del sida, tuberculosis, malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
6. Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
7. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
8. Lograr la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
9. Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Adicionalmente, existen medios de ejecución para estas metas, los mismos que se dividen en cuatro (Organización de las Naciones Unidas, 2017):

- a) Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

- b) Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a medicamentos para todos.
- c) Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal de salud en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- d) Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Con base en estos dos aspectos importantes a considerar, el Ecuador y sus autoridades han desarrollado normas y normativas que van a regir al sistema de Salud y van a dar las pautas para llevar a cabo todo lo que sea necesario para que el servicio de salud llegue a todos los ecuatorianos.

## ***2. Normas nacionales***

Se entiende por norma a la “regla de conducta, precepto, ley, criterio o patrón, práctica, regla de conducta cuyo fin es el cumplimiento de un principio legal” (Cabanellas de Torres, 2008: 257). Es decir, es algo que se impone, y que, por ende, debe ser respetado, para que realice de manera correcta alguna actividad.

Como ya se mencionó, según Kelsen existe una jerarquía para todas las leyes o normas jurídicas, la misma que se va a analizar a continuación.

### ***2.1. Constitución***

La última Constitución escrita en el Ecuador corresponde a la del 2008, la misma que fue elaborada en Montecristi, basada en la creencia del “buen vivir” o “sumak kawsay”; con el fin de respetar la diversidad del Estado ecuatoriano. Este documento cuenta con nueve títulos, los mismos que se basan en diferentes ejes; sin embargo, en este apartado se tomarán en consideración solamente aquellos que hagan referencia al ámbito de la salud.

En el título I: Elementos Constitutivos del Estado, Capítulo primero: Principios fundamentales, artículo 3: Son deberes primordiales del Estado, acápite 1: “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”; se está considerando a la salud como un derecho que todas las personas tienen y será el Estado quien se encuentra a cargo de velar por que el mismo se cumpla



a cabalidad. Esto lo ratifica en el título II: Derechos, Capítulo primero: principios de aplicación de los derechos, artículo 10, donde se menciona que a todos los habitantes se les garantizara los derechos promulgados en la Constitución; de tal manera que la inclusión cuenta como uno de los principios de estos derechos.

Adicionalmente, el ámbito de la salud cuenta con su propio apartado en el título II: Derechos, capítulo segundo: Derechos del buen vivir, Sección séptima: Salud, artículo 32 es mismo que dice:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Básicamente, en este artículo se detalla todo lo que, por ley, va a regir al sistema de Salud y en base al cual, se deberán tomar todas las decisiones de tal manera que se cumpla con el mismo. Cabe destacar que, aquí ya se puede ver la conexión que existe entre la Constitución y lo que plantea la Organización Mundial de la Salud; dado que se busca garantizar el servicio de salud, como un derecho, sin exclusión de nadie y bajo el principio de universalidad. Es decir, con este artículo se busca cubrir todos los ejes que las autoridades de la salud deben cubrir para dar el mejor de los servicios a los ciudadanos ecuatorianos, con el fin de promover una mejor calidad de salud y por ende, de vida.

Dentro de este mismo título II: Derechos, capítulo tercero: derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se habla de las personas más vulnerables de la sociedad: adultos mayores, niños, niñas, mujeres embarazadas, discapacitados, personas privadas de la libertad, entre otros (Constitución, 2008: 35). Para cada uno de ellos, se desarrolla una sección específica donde se destacan los derechos de estas personas, así como los deberes que tiene el Estado ecuatoriano con las mismas. Adicionalmente, también se habla de la política pública que se debe implementar para prestar atención a todas estas personas, como, por ejemplo: la creación de centros especializados o el ejercicio de programas y proyectos de inclusión.

Con una siguiente ratificación de velar por el derecho de la salud se escribe en el título V: Organización territorial del Estado, capítulo cuarto: régimen de competencias, artículo 261: El Estado central tendrá competencias exclusivas sobre, acápite 6: las políticas de educación, salud, seguridad social, vivienda (Constitución, 2008: 81). Es decir, que el Gobierno Central será el encargado total de todo lo que haga referencia estos ámbitos. Sin embargo, tiene la ayuda de los gobiernos municipales, que como se menciona en el artículo 264: Los gobiernos municipales tendrán las siguientes competencias exclusivas sin perjuicio de otras que determine la ley, acápite 7: planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley.

Como el Estado es el encargado de varios sectores importantes como la salud y la educación, se ha considerado mantener un presupuesto, el mismo que se establece dentro de la política fiscal. En el título VI: Régimen de Desarrollo, capítulo cuarto: Soberanía económica, sección segunda: política fiscal, artículos del 285 al 288 se menciona los objetivos, las finanzas las obligaciones y las compras públicas (Constitución, 2008: 90). Pero cabe destacar el artículo 286:

Las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conducirán de forma sostenible, responsable y transparente y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes.

Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

Es decir, el Estado de nuevo ratifica que será quien se encargue no solo de velar por el derecho, sino de financiarlo. En otras palabras, la salud, así como la educación, son sectores que deben estar primeros en la lista de cualquier presupuesto, dado que tienen una afectación directa en la población en la calidad de vida tanto presente como futura. Además, que como ya se dijo, el Estado cuenta con la ayuda de los gobiernos autónomos a quienes, según el artículo 298 “se les establece preasignaciones presupuestarias” que deben ser enfocadas en salud, educación e investigación (Constitución, 2008: 96).

Como ya se dijo, la Constitución de 2008 se basa en el concepto del buen vivir, y para finalizar en el título VII: Régimen del Buen Vivir, Capítulo primero: Inclusión y equidad, Sección segunda: Salud, en los artículos del 358 al 366 se corrobora todo lo que se había dicho antes.

En los artículos 358 al 360, se define al sistema nacional de salud desde su finalidad basada en el desarrollo y protección de personas, pasando por las dimensiones que comprende como las instituciones, programas o políticas; basado en los principios de inclusión y equidad social, con un enfoque de género y generacional. Dentro del sistema, se encontrará la red pública integral, la misma que abarca a todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública, de la seguridad social y de otros proveedores del Estado.

En el artículo 361 y 362, se menciona que el Estado será el rector del mencionado sistema, siendo entonces la autoridad sanitaria nacional, y la atención en salud se la dará a través de todas las instituciones pertenecientes a la red pública y complementaria; con el fin de cumplir el objetivo de garantizar una salud universal y gratuita en todos los niveles de atención.

El Estado será el responsable de todas las actividades como las que mencionan en el artículo 363: formular políticas públicas, universalizar la atención en salud, mejorar la calidad y cobertura, garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativas, cuidados especializados a grupos de atención prioritaria, enfocarse en la salud sexual y reproductiva, así como garantizar los cuidados pre y post parto, asegurarse de que las personas tengan acceso a medicamentos de calidad y eficaces.

Mayor énfasis se quiere hacer en el numeral 3, del artículo 363 que dice: “Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física

y el equipamiento a las instituciones públicas de salud”. Este apartado está muy enfocado en la repotenciación del Hospital Eugenio Espejo, dado que se realizaron cambios en la infraestructura, pro también en el personal especializado y en el equipamiento; con el fin de fortalecer a la casa de salud y se pueda cumplir su meta de ser una institución de referencia nacional.

Los artículos 364 y 365, hacen referencia a temas que también importan en el ámbito de la salud, como son las adicciones y las atenciones de emergencia. En cuanto a la primera, el Estado, una vez más, será el encargado de programas o proyectos que ayuden en la prevención y control de las diferentes adicciones. Mientras que, en la segunda, está asegurando que ninguna persona sea negada de una atención de emergencia, dado que esto se sancionará de acuerdo a la ley.

El ultimo artículo, 366, habla del financiamiento público de la salud. Dado que la salud es un sector prioritario para el gobierno, el financiamiento tiene que ser regular, oportuno y suficiente; previniendo en el Presupuesto General del Estado en base a criterios de población y de necesidades de la misma. Adicionalmente a las instituciones públicas, el Estado podrá ayudar a alguna institución privada, si fuera necesario.

Como es evidente, el Estado se encuentra a cargo de todas las actividades necesarias que respalden el derecho a la salud de calidad, que cada uno de los ecuatorianos tiene acceso. Desde establecerlo como un derecho hasta manejar el presupuesto destinado al sector, es una ardua tarea tanto del Gobierno Central como de las autoridades encargadas; en este caso, el Ministerio de Salud y todas las casas de salud del sistema.

Estos artículos muestran que la Constitución, desde su creación, se apegó a los lineamientos tanto de la Organización Mundial de la Salud como de la Organización de las Naciones Unidas, para poder llegar a satisfacer las necesidades de toda la población. Y como objetivo final se busca que el servicio que se entrega sea de calidad y de manera gratuita; garantizando todo lo establecido en la Constitución dado que es la norma que prevalece sobre cualquier otra. Es decir, todo lo que las autoridades hagan, deberá estar respaldado en esta Constitución, buscando cumplir con los principios de la misma.

Finalmente, en la Disposición Transitoria Vigésimosegunda de la Constitución de 2008 se escribe que: “El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento”. De esta manera, se garantiza el derecho y a la vez, se garantiza que el sector cuente con un presupuesto que sirva para cubrir todos los gastos que se generen; tanto en infraestructura y equipamiento como en insumos médicos.

## **2.2. *Leyes orgánicas***

Para fines de esta investigación, se considerará dos leyes orgánicas que han influenciado en los cambios realizados en el sistema: Ley Orgánica de Salud (LOS) y Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP).

### **2.2.1. *Ley Orgánica de Salud***

La ley que rige al Sistema de Salud se denomina “Ley Orgánica de Salud”, la misma que se encuentra en el Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006 y que fue expedida, en ese entonces, por el Congreso Nacional. Esta Ley se basa en la antigua Constitución; sin embargo, sigue siendo un referente para la Salud y que se cumplan tanto con los deberes como con los derechos de la misma. La mencionada ley cuenta con tres capítulos, seis libros y 259 artículos.

El capítulo I: Del derecho a la salud y su protección, cuenta con tres artículos que hablan de los principios sobre los cuales se rige la ley como, por ejemplo: equidad, universalidad, calidad y eficiencia. Adicionalmente, también menciona al Sistema Nacional de Salud y la definición de la salud como un estado de bienestar, así como un derecho de la persona, el mismo que lo garantiza el Estado. Es evidente, que esta ley está escrita bajo los lineamientos expuestos por la Organización Mundial de la Salud, así como por la Constitución.

Para continuar, el capítulo II: De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades, de igual manera cuenta con tres artículos (del 4 al 6) en los cuales se expone que el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional; es decir, quien está a cargo de la rectoría de todo el sistema pública, actualmente denominado Red Pública Integral de Salud (RPIS). Además, también menciona las responsabilidades de dicha autoridad, en el cual se enlistan 35. Entre éstas, en resumen, se encuentran actividades de promoción, prevención y cuidado de la salud, así como de formulación de políticas, regulación de normas y promulgación de los principios.

En esta investigación, el punto que concierne específicamente es el literal 30: “Dictar, en su ámbito de competencia, las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales y establecimientos públicos y privados de atención a la población”; es decir, el Ministerio de Salud será quien se encargue de verificar el estado de las diferentes casas de salud, grandes y pequeñas, y en caso necesario, mejorar las mismos con el fin de dar una atención de calidad a toda la población.

En la Ley Orgánica de Salud, el capítulo III: derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, habla de que las personas, sin discriminación, tiene acceso a la salud de manera universal, gratuita, permanente, de calidad; así como otros derechos que tienen que ver con el ambiente sano, información de los tratamientos, recibir atención y tener historia clínica, no ser objeto de pruebas o participar de manera voluntaria en actividades de salud. Adicionalmente, las personas también tienen ciertos deberes con la salud como: cumplir con

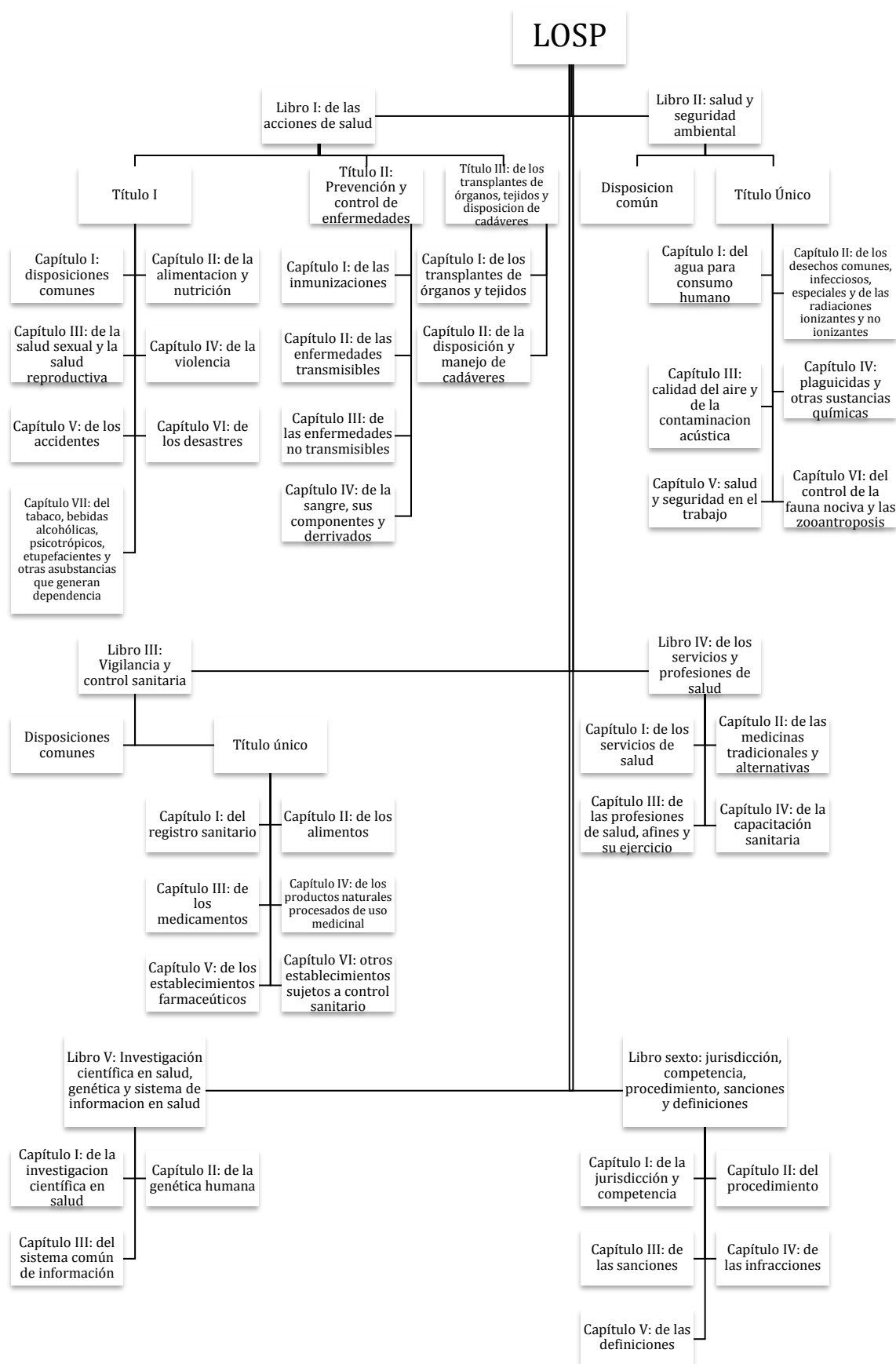
las medidas de prevención y control, cumplir con los tratamientos o dar información a las autoridades sobre ciertas enfermedades que pueden haber sido declaradas por las mismas.

Así como las personas tienen deberes y derechos, el Estado entonces es el que se encargará de garantizar este derecho y por eso se le han otorgado responsabilidades como: hacer cumplir las políticas, establecer programas y acciones sin costo, priorizar la salud, garantizar el acceso, adoptar medidas en caso de emergencias sanitarias, impulsar la participación de los ciudadanos en actividades de veeduría.

Pero cabe destacar que el literal i, del artículo 9 de la Ley. Este dice: “Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias”. Es decir, este artículo es uno de los más importantes dado que se repotenció el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” con el fin de dar un mejor servicio a las personas, respondiendo a las diferentes enfermedades que tiene la población.

La ley, como ya se mencionó, cuenta con seis libros que abarcan diferentes puntos relacionados con la salud y que también son de importancia para la autoridad. Es importante mencionar que la salud no solo abarca el estado de salud, sino todos los demás aspectos que hacen referencia al mismo, como por ejemplo los medicamentos, los órganos y tejidos, y hasta la infraestructura necesaria para prestar el servicio. En el siguiente gráfico, se muestra los ejes sobre los cuales habla la ley, aun que, por motivos de limitar la investigación, no se los vaya a tratar a profundidad.

**Gráfico No. 1. División de los libros de la Ley Orgánica de Salud**



Fuente: Ley Orgánica de Salud  
Elaborado por: Cristina Almeida

Como se muestra en el gráfico, además de los capítulos iniciales, cuenta con seis libros que abarcan temas relevantes como la salud en general, la seguridad ambiental, vigilancia y control sanitario, los servicios y profesiones, investigación científica, genética e información, y jurisdicción, competencia, procedimiento sanciones y definiciones. Es decir, se abarca desde la salud como derecho para todos, hasta las sanciones que se deberán imponer en el caso de incumplir con la ley; además de también dar una guía en cuanto a los significados de las palabras para poder entender de mejor manera todo lo que se refiere al eje de la salud.

### ***2.2.2. Ley Orgánica del Servicio Público***

La Ley Orgánica del Servicio Público, en su Registro Oficial Suplemento 294 del 6 de octubre de 2010 se encuentra en vigencia, y fue aprobada por la actual Asamblea Nacional; la misma que hace referencia a todos los ejes que tiene que ver con el servicio público o bien, todas las instituciones pertenecientes al Estado.

El objetivo del servicio público, como se escribe en el artículo 2 es “[...] propender al desarrollo profesional, técnico y personal de las y los servidores públicos, para lograr el permanente mejoramiento, eficiencia, calidad, productividad del Estado y de sus instituciones [...]”. Es decir, que en este caso, el Hospital es parte del sector público y por ende, las personas que trabajan en dicha casa de salud, se registrarán bajo esta ley.

Uno de los artículos a destacarse, para interés de la presente investigación, es el número 25; el cual habla de las jornadas legales de trabajo que pueden ser de dos clases: ordinaria, que “se cumple con las ocho horas diarias efectivas y continuas, de lunes a viernes y durante los cinco días de cada semana, con cuarenta horas semanales [...]”, o la especial, que “[...] por la misión que cumple la institución o sus servidores, no puede sujetarse a la jornada única y requiere de jornadas, horarios o turnos especiales [...]”. En el caso específico del Hospital, el personal cumple, dependiendo de sus actividades, con una jornada ordinaria (por lo general el personal administrativo) o con una jornada especial (el personal médico).

Este artículo será de mucha importancia en el cambio de modelo de gestión del hospital, dado que además de la repotenciación en la infraestructura, se dio cambios a nivel administrativo; de tal manera que la oferta de servicios de salud sea mucho más amplia. En otras palabras, que los y las ecuatorianos tengan acceso al servicio durante todo el día; ya sea por consulta externa o por emergencia, dependiendo de la gravedad de la situación y de los protocolos para que la misma sea tratada.

En cuanto a las remuneraciones de todo el personal del sector público, el Ministerio del Trabajo será el encargado de las mismas; que como menciona el artículo 51 de la mencionada ley, dice en el literal a) “Ejercer la rectoría en materia de remuneraciones del sector público, y expedir las normas técnicas correspondientes en materia de recursos humanos, conforme lo determinado a esta ley;”. Es decir, el Ministerio, a través de su presupuesto, será quien se

encargue del pago de sueldos y salarios de todo el sector público. Pero para poder asignar los montos, se basa en el artículo 61: Del subsistema de clasificación de puestos, el cual dice:

El subsistema de clasificación de puestos del servicio público es el conjunto de normas estandarizadas para analizar, describir, valorar y clasificar los puestos en todas las entidades, instituciones, organismos o personas jurídicas de las señaladas en el Artículo 3 de esta Ley.

Se fundamentará principalmente en el tipo de trabajo, su dificultad, ubicación geográfica, ámbito de acción, complejidad, nivel académico y responsabilidad, así como los requisitos de aptitud, instrucción y experiencia necesarios para su desempeño de los puestos públicos.

La clasificación señalará el título de cada puesto, la naturaleza del trabajo, la distribución jerárquica de las funciones y los requerimientos para ocuparlos.

Como se puede evidenciar, cada uno de los montos que reciben los funcionarios se basan en distintos aspectos que deben ser cuantificados y validados por el Ministerio del Trabajo, con el fin de cada persona que realice un trabajo sea remunerada de manera justa de acuerdo a todas sus funciones asignadas, así como las capacidades que posee. Esto también es importante considerar como parte del nuevo modelo de gestión dado que en el Hospital existen muchas personas que prestan sus servicios desde la limpieza hasta cirugías complejas, y que todas forman parte de un buen servicio de salud que se entrega a la población.

### **2.3. Acuerdos y resoluciones**

En este apartado, se van a tratar acuerdos ministeriales y resoluciones. El primer acuerdo corresponde al Ministerio de Salud, que se denomina “tipología para homologar establecimientos de salud por niveles”. Los siguientes acuerdos y resoluciones hacen referencia al proceso de repotenciación del Hospital “Eugenio Espejo”.

#### **2.3.1. Acuerdo Ministerial 5212**

El Acuerdo Ministerial 5212, con Registro Oficial Suplemente 428 del 30 de enero de 2015 y que se encuentra vigente, se denomina: Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. El mencionado acuerdo cuenta con ocho capítulos, en los cuales se detallan los diferentes establecimientos de salud por cada nivel, así como los servicios de apoyo con los que cuenta el sistema; y para una mejor comprensión, facilita también el significado de varios términos.

El capítulo I: De los establecimientos de salud, con sus cuatro artículos, va determinar los niveles de atención con los que cuenta el sistema. Y como se escribe en el artículo 1, se clasifican en: primer nivel de atención, segundo nivel de atención, tercer nivel de atención, cuarto nivel de atención y servicios de apoyo, transversales a los niveles de atención. Cada uno de los niveles va a prestar diferentes tipos de servicios, de acuerdo a su ubicación geográfica y el nivel de complejidad de las enfermedades que vayan a ser tratadas en el mismo.

Para efectos de esta investigación, se analizará la parte del tercer nivel de atención dado que el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” pertenece al mismo. El capítulo IV: tercer nivel de atención, en su artículo 10 escribe:

El Tercer nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de



salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por la ley.

Adicionalmente a la definición de lo que implica el tercer nivel de atención, en general está conformado por diferentes tipos de establecimientos, de carácter ambulatorio y hospitalario. En el artículo 11 del Acuerdo Ministerial 5212 se detallan a profundidad cada uno de los tipos, pero para resaltar al hospital de especialidades, se dice que es:

Establecimiento de salud de la más alta complejidad con infraestructura adecuada, equipamiento con tecnología de punta y talento humano especializado acorde a su perfil de prestaciones de salud; cuenta con los servicios de consulta externa, emergencias, hospital del día e internación en las especialidades y subespecialidades clínicas y quirúrgicas reconocidas de conformidad con la ley.

Dispone de cuidados de enfermería, además de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico como: centro quirúrgico y terapia intensiva (cuidados intensivos), radiología e imagen, laboratorio de análisis clínico, laboratorio de anatomía patológica, medicina transfusional, nutrición y dietética; farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; puede contar con rehabilitación integral, cuidados paliativos y banco de leche humana.

Cumple con acciones de atención integral e integrada de la salud. Cuenta con servicio de docencia e investigación. Constituye el escalón de referencia de atención de menos complejidad y contrareferencia del Hospital Especializado en articulación con establecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Complementaria (RC).

Como se puede ver, el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” cumple con todas las características descritas en los dos artículos, dado que la casa de salud ofrece diversos servicios a los y las ecuatorianas; ya sea por consulta externa o por hospitalización, como se muestra en su página web oficial, el hospital cuenta con 20 especialidades médicas y 15 especialidades quirúrgicas. Y al ser un centro de referencia nacional, debe contar con toda la infraestructura y el personal médico necesario para dar un servicio de calidad a toda la población.

### ***2.3.2. Acuerdo Ministerial 000028***

El Acuerdo Ministerial 28, del Ministerio de Salud Pública, que fue firmado el 11 de enero de 2011 por el Ministro Doctor David Chiriboga Allnutt, declara en emergencia sanitaria a diferentes unidades operativas a nivel nacional, entre las que consta: el Hospital Eugenio Espejo y Baca Ortiz de Quito, Ycaza Bustamante y Abel Gilbert de Guayaquil, Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Delfina Torres de Concha de Esmeraldas, Alfredo Noboa de Guaranda y José María Velasco Ibarra de Tena.

Fueron declarados en emergencia para evitar un posible colapso de los servicios que prestan. Y para ello, se definió un proceso en el cual, primero, esta declaración significa que todos los hospitales mencionados tenían que presentar sus necesidades en cuanto a infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, personal, administración y recursos informáticos. Segundo, luego de informar las necesidades al Director Provincial, se dará paso al Ministro con al menos una opción posible sobre la base de la firma consultora. Tercero, se conformarán Comités Técnicos de Emergencia que realizará la fase precontractual y la preparación del informe para el ministro. Este comité verificará y evaluará los procesos en base a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

Adicionalmente, la contratación podrá ser tanto de personas naturales como jurídicas, y nacionales como extranjeras. Además de que otras instituciones públicas podrán tener el papel de veedoras con el fin de garantizar la transparencia.

Con la declaratoria de emergencia, los distintos establecimientos presentaron sus necesidades y en el caso del Hospital “Eugenio Espejo”, se realizó la contratación para remodelación y repotenciación de toda el área de hospitalización como de consulta externa.

### ***2.3.3. Resolución 0000827***

La Resolución 00000827, del Ministerio de Salud Pública, firmado por el Doctor David Chiriboga Allnutt, el 16 de septiembre de 2011, resolvió aprobar el Plan de Adquisiciones para enfrentar la Emergencia Sanitaria declarada en el Acuerdo Ministerial 00000028 de enero del mismo año. En la resolución se anota que el monto total de contrataciones es de 302’533.402 dólares, los mismo que serán distribuidos entre medicamentos, insumos, equipamiento, mobiliario, infraestructura, talento humano, informática, gastos operativos y adquisiciones de inmuebles para nuevas unidades de salud (Ministerio de salud, 2011b: 2).

Adicionalmente, en el caso de que exista alguna adquisición no prevista en el presupuesto, lo antes mencionado podrá ser modificado con el fin de evitar problemas en todos los establecimientos mencionados en el Acuerdo Ministerial 00000028.

### ***2.3.4. Acuerdo Ministerial 0000849***

El Acuerdo Ministerial 00000849 del Ministerio de Salud, con fecha 21 de septiembre de 2011 firmado por el Doctor David Chiriboga Allnutt, solicita que el Servicio Nacional de Contratación Pública (en esa fecha el Instituto de Contratación Pública-ICO) intervenga para poder ejecutar las obras necesarias en todos los establecimientos declarados en emergencia. Para ello, el Ministerio de Salud entregaría el financiamiento y los estudios para la contratación respectiva.

En adición, el Ministerio de Salud trabajará de forma conjunta con la SERCOP para que las obras se ejecuten de forma satisfactoria. Esto implica que el Ministerio entregue el presupuesto para las obras, así como la SERCOP se encargará de reportar mensualmente los avances.

## ***3. Normativa nacional***

Así como se definió norma, que son las reglas que se imponen para que una actividad se ejecute bien; la Real Academia Española (RAE) define a normativa como el “conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad” (RAE, 2017: párr. 1). Es decir, que la normativa es la manera en la que se aplican las normas, o en otras palabras, el camino por el cual se lleva a las normas.

A continuación, se describirá al Plan Nacional del Buen Vivir con los puntos más importantes que son referentes en el ámbito de la salud, así como también el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, del cual se tomará los determinantes de la salud, los mismos que están basados en las necesidades de la demanda de salud de la población en general.

### ***3.1. Plan Nacional del Buen Vivir 2007-2013***

El Plan Nacional del Buen Vivir, es una de las normativas de ley más importantes en el Ecuador. Es un plan quinquenal que se basa en diferentes ejes o sectores de mayor importancia para el país y su población; como, por ejemplo: educación, salud, matriz productiva, sectores estratégicos, identidad nacional, democracia, empleo, economía popular y solidaria, entre otros.

El mencionado Plan se basa en los principios y orientaciones del Buen Vivir, los cuales son (SENPLADES, 2013: 24-27):

- Sociedad radicalmente justa
- Sociedad con trabajo liberados y tiempo creativo
- Sociedad igualitaria y equitativa
- Sociedad de plenas capacidades, emancipación y autonomía
- Sociedad solidaria
- Sociedad corresponsable y propositiva
- Sociedad en armonía con la naturaleza
- Primacía de los bienes superiores
- Sociedad de excelencia
- Sociedad pluralista, participativa y autodeterminada
- Soberanía e integración de los pueblos
- Estado democrático, plurinacional y laico
- Fortalecimiento de la sociedad

Todos estos principios se los busca aplicar, en concordancia con lo que dicta la Constitución de 2008, de tal manera que todo se encuentre articulado para poder llevar a cabo los objetivos planificados.

La Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES) ha propuesto una articulación del Sistema Nacional de Planificación Participativa, en el cual se consideran tres instancias (SENPLADES, 2013: 34): de coordinación territorial, de coordinación intersectorial y la institucional; con el fin de que exista una coordinación entre los diferentes sectores y se pueda tener una optima implementación. En el gráfico a continuación, se muestra la mencionada articulación.

**Gráfico No. 2. Articulación del Sistema Nacional de Planificación**



Fuente: SENPLADES

Elaborado por: Cristina Almeida

En base a esta planificación y coordinación, se han escrito doce objetivos; cada uno con su diagnóstico, políticas y lineamientos estratégicos, así como sus metas. Para fines de esta investigación, se va a considerar solamente dos objetivos: el número dos y número tres; y de estos objetivos, se va a considerar solo los lineamientos y estrategias que hacen referencia a la salud.

El objetivo dos: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad, se basa en reconocer que los derechos de todos los individuos se aplican de manera igualitaria y de esa manera se busca la consolidación de políticas que eviten la exclusión, tratando de fomentar la convivencia social y política (SENPLADES, 2013: 111). Es decir, lo que se busca es que se llegue a que todas las personas cuenten con acceso a servicios como salud o educación, sin sufrir ninguna clase de discriminación.

Luego del respectivo análisis realizado por las autoridades en las diferentes variables como: el gasto en salud, movilidad humana, seguridad social, ciclo de vida, entre otras, se escribieron varias políticas y lineamientos, y la que destaca a la salud es la 2.2. “Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación” (SENPLADES, 2013: 122). Dentro de este apartado, se consideran ocho puntos que hablan sobre la salud y la educación, de los cuales tres se refieren específicamente al ámbito de la salud (SENPLADES, 2013: 122):

- a. Crear e implementar mecanismos y procesos en los servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la res pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad poblacional
- b. Crear e implementar mecanismos de ayuda y cobertura frente a enfermedades raras y catastróficas, con pertinencia cultural y con base en los principios de equidad, igualdad y solidaridad.

- c. Generar e implementar mecanismos y acciones afirmativas para garantizar la gratuidad y eliminar barreras de acceso de los servicios de salud, con énfasis en el cierre de brechas de desigualdad.

Cabe mencionar que los puntos no citados, no son menos importantes, dado que la educación es otro eje importante para el desarrollo de una población; y así como la salud, debe ser una prioridad para el gobierno. Sin embargo, por motivos investigativos, no son relevantes en este estudio.

Continuando con los objetivos, el número tres: Mejorar la calidad de vida de la población, hace también referencia a la salud. Éste se basa en el hecho de que si se garantizan aspectos como la salud, alimentación, educación, trabajo, vestido entre otros, se está garantizando una vida digna (SENPLADES, 2013: 136). Y como se escribe en el Programa de Gobierno, “la salud se plantea como instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y den la generación de un ambiente saludable” (SENPLADES, 2013: 136).

En este objetivo, el diagnóstico realizado se enfoca en la salud con indicadores como: la tasa de mortalidad tanto general como infantil, embarazo adolescente y salud sexual y reproductiva, salud intercultural, ocio, tiempo libre deporte y actividad física, hábitat y vivienda digna (incluyendo el agua y saneamiento), asentamientos humanos, gestión de riesgos y movilidad sostenible. Y de nuevo, se plantean políticas y lineamientos estratégicos. A continuación, se enlistan las políticas de este objetivo (SENPLADES, 2013: 144-151):

1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social
2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas
3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud
4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud
5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente de derecho a la libertad sexual de las personas
6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas
7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población
8. Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente
9. Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna
10. Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura, a servicios de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural
11. Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico
12. Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e intranacional

Como se puede ver, son 12 políticas que se enfocan en diferentes aspectos relacionados directa e indirectamente con la salud. Sin embargo, el que más destacada es el número tres: Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Y dado su énfasis en la salud, cuenta con 19 lineamientos, los mismos que se resumen en: fortalecimiento de la red pública de salud, garantizar la gratuidad y calidad, repotenciar la infraestructura y

equipamiento, incorporar personal médico capacitado, implementar la referencia y contrareferencia, consolidar el primer nivel de atención como punto de entrada al sistema, potenciar el segundo nivel de atención, reestructurar el tercer nivel de atención enfocado en servicios especializados, implementar el cofinanciamiento del Sistema, regular la red complementaria, garantizar los medicamentos necesarios para enfermedades catastróficas, así como el uso de medicamentos genéricos, mejorar el registro único de vigilancia epidemiológica, aplicar este nuevo modelo de atención en los diferentes territorios, implementar la ficha médica única e impulsar la formación de profesionales especializados (SENPLADES, 2013: 145-146).

Cada uno de estos puntos, es una corroboración de lo que las normas han establecido, y simplemente recopila todo con puntos específicos sobre los cuales se espera mejorar y tratar, con el fin de llegar a la población con un servicio de calidad. Sobre todo, si se quiere recalcar aún más, el punto tres que habla de repotencia la infraestructura; así como los dos primeros puntos que obedecen al principio de cobertura universal de salud, garantizando la gratuidad y la calidad.

### ***3.2. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud***

El Ministerio de Salud Pública, en el año 2012, escribe el Manual de Atención Integral de Salud (MAIS) con el fin de implementar ciertos cambios fundamentales en el sector de la salud para consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud buscando resultados que tengan impacto social, y que a su vez, se enmarquen en la nueva idea de trabajar bajo los diferentes niveles de atención.

Este manual abarca seis capítulos, donde se habla de varios aspectos: desde el contexto que vive el Ecuador, pasando por el marco normativo que rige al sistema de salud ecuatoriano, hasta los lineamientos y herramientas para poner en práctica el documento, y que se pueda aplicar a la realidad el país. Es importante mencionar que este manual se lo elaboró en el contexto del 2012; sin embargo, sigue vigente dado que el objetivo de entregar un servicio de salud de calidad a la población, tiene una consideración transversal a lo largo de los años y de los diferentes gobiernos.

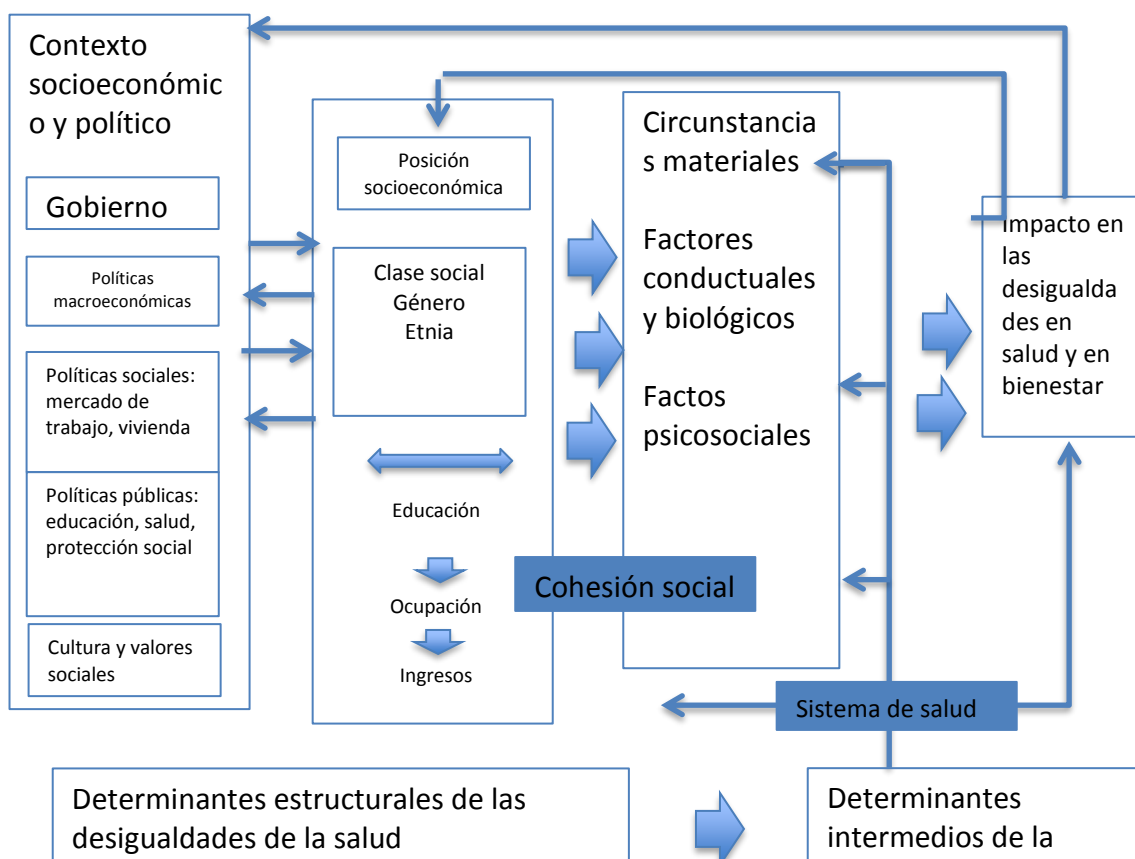
Este manual, con la base en la gratuidad de la salud y en la división en niveles, dentro del sistema se tuvo un incremento de las coberturas de atención, las mismas que van a ir de acuerdo a las necesidades de la población (MAIS, 2012: 25). Con el documento, se tuvo la línea base para entender el nuevo modelo que se quería implementar, basándose en los niveles de atención que se crearon; los mismos, que, de acuerdo a las necesidades de la población, pueden dar respuesta a las inquietudes y problemas que afectan a las personas (MAIS, 2012: 85).

Dadas las necesidades de la población, se puede deducir los determinantes de la salud. Según el Manual de Atención Integral de Salud (2012: 40), dichos determinantes son “el conjunto de procesos que tienen potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan niveles de salud

de los individuos y comunidades”. En otras palabras, podría decirse que es la interacción de los diferentes factores tanto individuales como del medio en el que se encuentra la persona.

En el siguiente gráfico, se puede ver los determinantes estructurales e intermedios y la interacción de los mismos con diferentes ámbitos y en donde tienen impacto.

**Gráfico No. 3. Marco conceptual de los determinantes de la salud**



Fuente: MAIS, 2012: 40.

Elaboración: Cristina Almeida

El gráfico muestra el contexto socioeconómico y político que son todos los factores estructurales del sistema: gobierno, políticas macroeconómicas, sociales y públicas, y los valores. También se puede ver la posición socioeconómica en donde se enfocan los ejes de la desigualdad social; los mismos que determinan las oportunidades de una buena salud. Esto se da por la relación entre mayor posibilidad de obtener educación, ocupación o ingresos, mayor será la posibilidad de tener una mejor salud de la persona. Adicionalmente, también se puede ver los factores intermedios como: las circunstancias materiales, psicosociales, conductuales y biológicas y el sistema de salud. Estos tres elementos, más los ambientales que incluye Lalonde en 1974, tienen un impacto en la salud y bienestar de cada persona; y es ahí donde se pueden ver las desigualdades.

Estos determinantes van a llevar a la creación del modelo de atención, el mismo que se conforma por estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos, que

complementados, responden a las necesidades de salud de las personas o familias, en el entorno en el que se encuentren (MAIS, 2012: 53). Es decir, es la interacción de los actores de los sectores público y privado, que con sus acciones, van a solucionar los problemas de salud para dar una mejor calidad de vida (MAIS, 2012: 53).

#### **4. Otros lineamientos**

En adición a los lineamientos, tanto internacionales como nacionales, anteriormente analizados, es importante considerar como está conformada la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que es en base a la cual se rige todo el Sistema Nacional de Salud, tanto la parte pública como privada. Además de que las instituciones cuentan con su propia misión y visión. Es por ello, que en los siguientes apartados se va a describir la Red, así como la misión y visión del Ministerio como del Hospital.

##### **4.1. Red Integral Pública de Salud**

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) se basa en el artículo 360 de la Constitución, el cual dice:

[...] La red publica integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Es decir, como bien destaca el Ministerio de Salud (2014b: 20), la RPIS “está conformada por establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional”; y todos están liderados por el Ministerio de Salud quien tiene el papel de Autoridad Sanitaria Nacional. Para considerar todos los establecimientos, además de los mencionados, se adherirán otros del mismo sector público y los proveedores privados; los cuales por su parte conforman la Red Privada Complementaria.

La mencionada Red es obligatoria para todos los establecimientos, grandes o pequeños del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2014b: 20) y ésta se basa en un proceso que va desde lo local hacia lo nacional. El objetivo de esta Red es que se genera una “estructura desconcentrada de gestión del Estado y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención” (Ministerio de Salud, 2014b: 21). En otras palabras, lo que se busca es que con los diferentes niveles de atención, los requerimientos de salud se desconcentren de acuerdo a su complejidad; de tal manera que se pueda cubrir de mejor manera la demanda así como lograr que se llegue a más puntos a nivel nacional. Para este objetivo, se utiliza el denominado sistema de referencia y contrareferencia.

Ya se sabe como se estructura la Red, sin embargo, es importante considerar también el significado de la misma, para poder entender de mejor manera el funcionamiento y objetivo de la misma. El Ministerio de Salud (2014b: 21) la define como:

Una red es la expresión y lenguaje de vínculos, posee un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes se relacionan entre si con diferentes mecanismos: horizontal, vertical, complementario y flexible a la realidad



Es decir, que debe existir una coordinación entre los diferentes niveles de atención, dado que cada uno tendrá una función diferente; de tal manera que todos lleguen a complementarse entre sí, para adaptarse a la realidad del país, con establecimientos calificados. Adicionalmente, esta Red basa su funcionamiento en todos los requerimientos de salud que la sociedad necesita, buscando una óptima adecuación a las necesidades, que viene dado por el cambio epidemiológico o las expectativas de las personas (Ministerio de Salud, 2014b: 21).

Como objetivo de la RPIS, el Ministerio de Salud (2014b: 22) ha establecido que, “debe conducir a una mayor capacidad resolutoria, a un aumento de la eficiencia y eficacia, mediante el intercambio y la colaboración; implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos técnicos y administrativos”. Es decir, no es solo desconcentrar la atención, sino también resolver de mejor manera las afectaciones que presenta la sociedad con el fin de evitar daños posteriores más graves a la salud de cada persona. Por ello, tanto los establecimientos públicos como privados deben coordinar sus esfuerzos para la “promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos” (Ministerio de Salud, 2014b: 22).

Así como cualquier proyecto, la mencionada Red también cuenta con su propia misión y visión, las cuales van a ayudar a que todo el Sistema sea llevado por un mejor camino y logre su objetivo final.

- **Misión (Ministerio de Salud, 2014b: 22):**

La RPIS garantiza y ofrece atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios del SNS, promoviendo la integración, la interculturalidad para generar impacto positivo en el acceso efectivo a prestaciones integrales y en la situación de salud de cada territorio, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, para lo cual se organiza en Macrorredes, Redes Zonales y Microredes Distritales.

- **Visión (Ministerio de Salud, 2014b: 22):**

Es una red que garantiza el derecho a la salud, el acceso efectivo a la atención integral e integrada, se convierte en un referente para toda la población ecuatoriana, pues dispone de talento humano comprometido, que ofrece sus servicios con calidad, equidad y en forma sostenible, con pleno reconocimiento nacional e internacional.

Además de la estructura, el funcionamiento y los objetivos, la Red también tiene una organización territorial, con flujos desde la comunidad y la familia, hacia el acceso continuo a servicios de salud (Ministerio de Salud, 2014b: 23). Como se mencionó en la misión, existen macrorredes, redes zonales y microredes distritales, y éstos van a determinar la dimensión territorial (Ministerio de Salud, 2014b: 23):

- Red Zonal de Salud: conformada por las microredes distritales y hospitales de mediana y alta complejidad, y caracterizada por articular establecimientos públicos y privados; para garantizar acceso y cobertura.
- Microred Distrital de Salud: conformada por los establecimientos públicos, los mismos que cubren un Distrito y sus respectivos circuitos; incluyendo al primer nivel de atención
- Macrored: la funcionalidad supera a los límites territoriales de una Red Zonal. Hacen referencia a las Zonas 9, 8 y 6 por tener el tercer y cuarto nivel de atención.

Cabe destacar que, el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, al ser un establecimiento de tercer nivel, se encuentra dentro de las Macroredes, dado que cubre al territorio nacional atendiendo a las afecciones de alta complejidad.

#### ***4.2. Misión y visión del Ministerio de Salud Pública***

Misión (Ministerio de Salud Pública, s.f.: párr. 1):

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

Visión (Ministerio de Salud Pública, s.f.: párr. 2):

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones publicas, privadas y de la comunidad.

#### ***4.3. Misión y visión del Hospital***

Misión (Hospital Eugenio Espejo, 2013b: párr. 1):

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforma a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión (Hospital Eugenio Espejo, 2013b: párr. 2):

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud publica y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente

### ***5. Conclusión***

Luego de analizar toda la política pública, se puede tener la idea principal de que todas las instituciones, tanto nacionales como internacionales, que están a cargo de la misma, se dirigen a un solo objetivo: dar una salud de calidad y gratuita a toda la población del Ecuador y del mundo. La Organización Mundial de la Salud es quien ha delimitado los parámetros bajo los cuales, cada uno de los países debe dirigir sus políticas públicas. Y es así, como el Ecuador ha encaminado las mismas a la cobertura universal.

Desde la Constitución del 2008 hasta la Misión y Visión del propio Hospital, se enfocan en mejorar de a poco el Sistema de Salud; dado que es un largo proceso que implica personal, infraestructura, equipamiento y calidad de los servicios. Para ello también se han creado diferentes Acuerdos o Resoluciones con la finalidad de dar pautas todos los trabajadores de la salud, tanto administrativos como personal médico, para que sepan la meta a la cual se quiere llegar.

De igual manera, el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud pone en claro que es lo que se busca del Sistema: primero dividirlo en niveles con el objetivo de desconcentrar la atención y tener más cobertura, y segundo, enfocarse en las afectaciones que ahora padece la población y a las cuales se tiene que atacar en este momento y las enfermedades que van evolucionando y que afectan al futuro.

Los cambios epidemiológicos obligan a que las políticas se adapten a la realidad de la población y prevean lo que podría pasar; para así poder dar toda la atención a las personas que la necesitan, considerando tanto la necesidad de infraestructura como de personal. Es por ello, que el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” se puso como prioridad para poderlo mejorar y que este, al ser una casa de salud de tercer nivel, ofrezca mejores servicios, mayor cobertura y un enfoque más grande a las enfermedades, actualmente denominadas catastróficas.

## ***CAPÍTULO II: Efecto de la repotenciación en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” comparando los años 2007 y 2016.***

Luego de analizar toda la política pública y los documentos sobre los cuales se rige el Sistema y la salud en general, es importante ver el estado actual del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” con el fin de tener una idea clara de cómo se encuentra.

La Organización Panamericana de la Salud (2001: 1) define al indicador de salud como:

una noción de vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica.

En otras palabras, son indicadores que muestra, en resumen, la medida de la información relevante sobre los diferentes aspectos que se relacionan directa o indirectamente con el ámbito de la salud; tratando de reflejar la situación sanitaria. Es importante considerar que en varios indicadores pueden existir variaciones en la medición, dependiendo de la información disponible para el análisis.

Para empezar, es importante tener clara un poco de la historia del mismo, como se estructura, las especialidades que atiende, la infraestructura y equipamiento que tiene, etc. Para ello, a continuación, se va a dividir el capítulo en dos partes: la primera que analizar el estado del Hospital y la segunda, que compara el antes y el después de la repotenciación; considerando a los años 2007 y 2016 como referencia, con el corte del 2011, año de inicio de la repotenciación.

### ***1. Análisis del estado del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”***

Cada institución creada por el Estado, en teoría, tiene una razón de ser y un objetivo que cumplir. En el ámbito de la salud, se han construido muchas casas o centros de salud con el fin de facilitar a la población el acceso a una atención rápida y de calidad. Para tener una idea de la situación actual del Hospital, primero se debe analizar como está la población ecuatoriana en general.

En el Ecuador existen varias entidades, tanto públicas como privadas, que proporcionan información con el fin de dar a conocer diferentes aspectos relacionados con la realidad del país en sus diversos ámbitos. Para los indicadores del Ecuador, se tomará información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y del Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

De acuerdo a los datos que presenta el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el último Censo de Población y Vivienda realizado en el Ecuador fue en el 2010, en el cual se contabilizó a la población, en un total de 14,483,499 personas con una tasa de crecimiento anual

de 1,95. Sin embargo, para el año 2017, el total de la población asciende a 16,628,981 ecuatorianos.

Dado que dicha investigación se enfoca en el ámbito de la salud, es importante conocer las causas de muerte de esta gran población, así como sus diferentes indicadores. Según el último reporte de las Estadísticas de Nacimientos y Defunciones que corresponde al año 2016, denominado Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016, muestra que existen un número total de defunciones de 67.506 personas; las mismas que corresponden a las defunciones ocurridas e inscritas en el mismo año de estudio (INEC, 2017).

Con base en el número de defunciones, se puede separar por sexo y los datos revelan que 36.905 defunciones son masculinas y 30.601 defunciones son femeninas. Las causas de muerte varían de acuerdo al sexo por la propensión a cada causa, por lo que en los siguientes cuadros se detallan dichas causas con sus respectivos porcentajes y número de personas. Primero, se muestra el cuadro de los hombres para analizarlo detenidamente.

**Cuadro No. 2. Causas de muerte masculinas, expresado en número y porcentaje, año 2016**

<b>Masculino</b>		
<b>Causa de muerte</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedades isquémicas del corazón	3,747	10.15%
Accidentes de transporte terrestre	2,332	6.32%
Diabetes Mellitus	2,278	6.17%
Enfermedades cerebrovasculares	2,144	5.81%
Influenza y neumonía	1,808	4.90%
Enfermedades hipertensivas	1,605	4.35%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,397	3.79%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,020	2.76%
Neoplasia maligna del estómago	984	2.67%
Enfermedades del sistema urinario	974	2.64%
Resto de causas	18,616	50.44%
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>36,905</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver, los hombres tienen un 29% de probabilidad de morir de enfermedades del corazón, accidentes de transporte, diabetes o enfermedades cerebrovasculares. Por ejemplo, según Mariola Lourido (2017: párr. 1), escritora de “SER”, en su artículo denominado “Las conductoras sufren la mitad de accidentes y menos graves que los hombres”, dice que los hombres son más propensos a sufrir accidentes de tránsito que las mujeres, ya que ellos son más imprudentes, incumplen más las leyes de tránsito, les gusta más la velocidad, así como el consumo de alcohol y drogas.

Además de que las mujeres sufren accidentes menos graves por su aversión al riesgo. Es decir, según Lourido (2017: párr. 5), los hombres tienen accidentes como atropellos, volcamientos o choques frontales; mientras que las mujeres solamente se salen de las vías. De hecho, si se compara con las causas de muerte de las mujeres (Cuadro 3) se puede ver que los accidentes no se encuentran entre las 10 principales causas.

Por otro lado, se presentan las causas de muerte de las mujeres en el Ecuador. Estas causas son muy parecidas a las de los hombres; excepto por las que hacen referencia a la maternidad o al órgano reproductor femenino. En el siguiente cuadro se enlistan las causas.

**Cuadro No. 3. Causas de muerte femeninas, expresado en número y porcentaje**

<b>Femenino</b>		
<b>Causa de muerte</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedades isquémicas del corazón	2,766	9.04%
Diabetes Mellitus	2,628	8.59%
Enfermedades cerebrovasculares	2,146	7.01%
Enfermedades hipertensivas	1,882	6.15%
Influenza y neumonía	1,627	5.32%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	926	3.03%
Enfermedades del sistema urinario	867	2.83%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	795	2.60%
Neoplasia maligna del útero	747	2.44%
Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	657	2.15%
Resto de causas	15,560	50.85%
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>30,601</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016

Elaboración: Cristina Almeida

De estas causas, las mujeres tienen el 31% de probabilidad de padecer enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas. Como ya se mencionó, las mujeres son menos propensas a los accidentes de tránsito, pero, por el contrario, presentan problemas en el sistema uterino o tumores en el útero, así como complicaciones en el periodo de maternidad, tanto antes como después del mismo.

Sin embargo, es importante considerar que, en general, las afecciones de la población se concentran en el corazón y en la cabeza. El Sistema Mayo Clinic, ubicada en Estados Unidos, con tres sedes en: Arizona, Florida y Minnessota; se dedica a la atención de pacientes con diferentes enfermedades, así como también a la investigación de las enfermedades y sus causas.

Una de las enfermedades que han estudiado es las enfermedades cardíacas, las mismas que según Mayo Clinic (2018: párr. 1) “comprenden enfermedades de los vasos sanguíneos, como enfermedad de las arterias coronarias, problemas con el ritmo cardíaco (arritmias) y defectos cardíacos con los que has nacido (defectos cardíacos congénitos), entre otros”. Adicionalmente,

también han estudiado las enfermedades cardiovasculares que “hace referencia a enfermedades que implican un estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos que pueden provocar un ataque cardíaco, dolor en el pecho (angina de pecho) o accidente cerebrovascular” (Mayo Clinic, 2018: párr. 2).

Para estas afectaciones al corazón, existen factores de riesgo como la edad, el sexo, los antecedentes familiares, fumar, mala alimentación, falta de actividad física, estrés o falta de higiene. Pero también se presentan otro tipo de afectaciones que complican el corazón como la presión arterial alta, los niveles altos de colesterol, diabetes y obesidad.

Como se puede ver en los cuadros 3 y 4, los hombres son más propensos a enfermedades cardíacas (10,15%), seguidas de accidentes de tránsito (6,32%) y diabetes (6,17%). Las mujeres también son propensas a enfermedades del corazón (9,04%), seguido de la diabetes (8,59%) y enfermedades del cerebro (7,01%). Aun que el porcentaje de afectación varía en cada sexo, el hecho de que exista tanta defunción por deficiencias en el corazón, problemas en el cerebro y diabetes es una muestra de que todo el cuerpo está conectado y que la salud de la persona debe ser buena en cada una de las partes. Si no se tiene cuidado, empiezan poco a poco a presentarse complicaciones que van a causar otras y se convierte en un círculo vicioso.

En adición, se cuenta con la información sobre la tasa de mortalidad general. Esta tasa, según el INEC, se encuentra en 4,1 muertes por cada 1000 habitantes para el año 2016. También, se puede tener la tasa de mortalidad masculina, que se encuentra en 4,5 muertes por cada 1000 habitantes y la femenina que está en 3,7 muertes por cada 1000 habitantes.

Existe un indicador de cobertura: gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB. Según la rendición de cuentas del Ministerio de Salud (2017), en el año 2016 se le asignó un presupuesto de 2.522 millones de dólares; monto que es más alto que el que fue presentado en la proforma del Ministerio de Finanzas (2015) para el mismo año, el cual fue de 2.391,02 millones de dólares. Éste último, representa un gasto de 8,01%.

Por la parte del gasto privado, el dato que se podría aproximar es el gasto de los hogares en el ámbito de la salud. Lamentablemente, el sector privado no tiene información pública disponible, que pueda servir para saber este valor. Sin embargo, el INEC hizo la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGHUR) 2011-2012, donde la salud se ubicaba en sexto puesto, luego de otras categorías como alimentos, prendas de vestir o alojamiento. En esta encuesta, el porcentaje total de gasto fue de 7,5% para el rubro de la salud; el decil más pobre gastaba 5,5% mientras que el decil más rico gastaba 8,4% de sus ingresos en salud. Si bien la encuesta está bastante desactualizada, puede ayudar a ver que en el Ecuador, la salud no es un rubro dejado de lado. Al contrario, tiene un peso bastante alto dentro de las preocupaciones de los hogares ecuatorianos.

Luego del análisis breve de la situación de la población, para poder hablar del Hospital, es importante conocer un poco de su historia. El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” lleva 84 años sirviendo a los ecuatorianos, ya que el 24 de mayo de 1933 abre por primera vez

las puertas a la comunidad. Sin embargo, la casa de salud empieza a ser creada en 1898 cuando Eloy Alfaro impulsa la construcción de la misma. En 1901 se adquiere 240.000 metros cuadrados para construir y el 23 de mayo del mismo año se pone la primera piedra.

Pero no fue hasta 1921 que se reinician las labores, luego de pasar la idea por varios arquitectos y un derrocamiento de lo que se había construido anteriormente. En 1921 se realizaron negociaciones con la Junta de Beneficencia de Quito y luego de 10 años, en 1931, se entregaron los equipos instalados. Al cabo de dos años, finalmente se puede inaugurar.

Eso fue para el edificio antiguo. Sin embargo, dada la demanda de salud de la población y la necesidad de tener un lugar mas grande y moderno, en 1980, Jaime Roldós Aguilera contrató la construcción del nuevo edificio. Luego de 12 años, en 1992 entra en funcionamiento esta nueva infraestructura; en el gobierno de Rodrigo Borja Cevallos.

Pasan los años y la casa de salud crece mucho, tanto en oferta como en demanda, con el fin de poder cubrir todas las necesidades de la población; además de que se convierte en el referente nacional al ser un hospital grande y de tercer nivel. Adicionalmente a su atención al público, también es una sede de aprendizaje, dado que ahí se forman los nuevos profesionales de la salud que con el tiempo van a ir prestando servicios de mejor manera y de mayor calidad.

El Hospital, actualmente, cuenta con 20 especialidades médicas, 15 especialidades quirúrgicas, 7 unidades especiales y 2 servicios generales. Adicionalmente, cuenta con un laboratorio clínico patológico, siendo el mayor a nivel nacional.

El Hospital, a nivel de infraestructura, cuenta con dos torres: una de consulta externa y una de hospitalización. El primero tiene dos desniveles, una planta baja y dos pisos; mientras que el segundo, cuenta con dos desniveles, una planta baja, y diez pisos. Además de esto, también tienen el hospital “viejo”, el mismo que fue remodelado para uso tanto administrativo como público.

En el Anexo 1, se puede apreciar la división de los pisos, así como también los servicios que ofrece. Cabe mencionar que la planta baja y los pisos 1 y 2 tienen acceso tanto consulta externa como por hospitalización; sin embargo, la hospitalización como tal se cuenta desde el tercer piso, dado que desde ahí se cuenta con el equipo necesario para que los pacientes puedan permanecer internados. El resto de las instalaciones son ambulatorias y por eso pertenecen a la consulta externa.

### ***1.1. Condiciones del Hospital***

Luego de presentar la división del hospital, se puede analizar variables más específicas que hacen referencia al equipamiento de la mencionada casa de salud, así como las atenciones que han realizado.



Para poder analizar al Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” hasta el año 2016, la mencionada casa de salud ha proporcionado la información necesaria con respecto a sus diferentes áreas: consulta externa, emergencia, hospitalización, etc. A continuación, se analizarán los indicadores de mortalidad y recursos, servicios y cobertura de toda el área de hospitalización.

Según la base proporcionada por el Departamento de Estadística del Hospital (2017), el área de hospitalización del establecimiento de salud cuenta con dos grandes grupos de especialidades: clínicas y quirúrgicas; y otro grupo que corresponde a las unidades de transición. El primer grupo, especialidades clínicas, se conforma por: cardiología, gastroenterología, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oncología, reumatología y hematología.

En el segundo grupo, según la división presentada por el Departamento de Estadística del Hospital (2017) se encuentran todos los tipos de especialidades que requieren de un tratamiento quirúrgico: cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía general, cirugía plástica, cirugía vascular, ginecología, cirugía maxilofacial, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología (ORL), coloproctología, traumatología, urología y la unidad de trasplante. Adicionalmente, en las unidades de transición se encuentran: área crítica, coronarios, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios (UTI-R).

El Departamento de Estadística (2017) también ha proporcionado un glosario con las definiciones de sus respectivos indicadores; la misma que se destacará a continuación y que posteriormente servirán para el análisis de los datos:

- Ingresos programados: ingresos a hospitalización por consulta externa
- Ingresos urgentes: ingresos a hospitalización por emergencia
- Total ingresos: total de ingresos a hospitalización legalizados por consulta externa y emergencia
- Total egresos: implica la conclusión del período de hospitalización y desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o defunción
- Número de camas asignadas: número de camas asignadas al establecimiento, destinadas a la internación de pacientes

En los siguientes cuadros, se muestra dichas variables para cada una de las especialidades según la división del Departamento de Estadística. Primero se va a presentar las clínicas, luego las quirúrgicas y luego las unidades de transición.

**Cuadro No. 4. Variables de especialidades clínicas, 2016**

Indicador/Especialidad	Cardio.	Gastro.	Medicina Interna	Nefro.	Neumo.	Neuro.	Onco.	Reumato.	Hemato.	Total
Ingresos programados	255	214	348	539	300	213	2,136	48	245	4,298
Ingresos Urgentes	272	455	684	349	272	366	142	21	198	2,759
Total ingresos	527	669	1,032	888	572	579	2,278	69	443	7,057
Total egresos	437	603	965	911	469	457	2,519	8	542	6,911
N° camas asignadas	16	18	37	18	20	21	25	3	12	170

Fuente: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

En el año 2016, el total de ingreso programados que se hicieron en el Hospital fue de 4,298 mientras que los urgentes fueron 2,759. Del primer grupo, el mayor número de ingresos se realizaron en el área de Oncología, 2,136 casos, y el menor fue en reumatología, 48 casos. Del segundo grupo, el mayor número lo atendió Medicina Interna, 684 ingresos y el menor número lo realizó Reumatología, 21 casos. En total, entre programados y urgentes, se realizaron 7057 ingresos durante todo el 2016. Sin embargo, solo se dieron 6911 egresos.

Es importante ver también que para las especialidades clínicas existe un total de 170 camas asignadas, de las cuales 37 son de Medicina Interna y solo 3 de Reumatología; siendo la mayor y la menor en número de camas, respectivamente. Las demás especialidades poseen entre 16 y 25 camas cada una.

Como se mostró en la clasificación de las especialidades según el Departamento de Estadística del Hospital, las de tipo quirúrgicas son un poco más que las clínicas. En el siguiente cuadro se muestra cada una de las catorce especialidades del grupo, con sus respectivos indicadores; de igual forma que en el caso de las clínicas.

**Cuadro No. 5. Variables de especialidades quirúrgicas, 2016**

Indicador/Especialidad	Cirugía torácica	Cirugía cardíaca	Cirugía general	Cirugía plástica	Cirugía vascular	Gineco.	Cirugía maxilofacial	Neuro-cirugía
Ingresos programados	265	250	609	26	117	409	88	418
Ingresos Urgentes	238	64	407	83	110	115	113	623
Total ingresos	503	314	1,016	109	227	524	201	1,041
Total egresos	435	269	984	107	166	471	163	891
N° camas asignadas	18	12	30	10	10	11	6	37

Indicador/Especialidad	Oftalmo.	ORL	Coloproctología	Traumato.	Urología	Unidad de trasplante	Total
Ingresos programados	290	570	287	597	447	204	4,577
Ingresos Urgentes	243	68	48	459	107	16	2,694
Total ingresos	533	638	335	1,056	554	220	7,271
Total egresos	381	609	321	1,081	582	219	6,679
N° camas asignadas	12	9	6	57	18	10	246

Fuente: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

De igual manera que en las clínicas, cada una de las especialidades quirúrgicas tiene un número de ingresos programados y urgentes. Del primero, se presentaron 4577 y del segundo, 2694. Es decir, un total de 7271 ingresos. De las 14 especialidades, Traumatología fue la que más atendió, 1056 ingresos; seguido de Cirugía general con 1016. En cuanto a los egresos, se realizaron 6679; donde traumatología presentó 1081 casos.

Para atender a los pacientes, existe un total de 246 camas asignadas para las 14 especialidades; de las cuales 57 camas son para el uso en Traumatología. Las demás tienen camas asignadas entre 6 y 30, dependiendo de la necesidad y de la rotación.

Adicional a las especialidades, también existen cinco Unidades de Transición, según del Departamento de Estadística. En el siguiente cuadro se muestra los mismos indicadores para cada una.

**Cuadro No. 6. Variables de las Unidades de transición, 2016**

Indicador/Especialidad	Área crítica	Coronarios	Unidad de Cuidados Intermedios	Unidad de Cuidados Intensivos	UTI-R	Total
Ingresos programados	13	80	46	347	16	502
Ingresos Urgentes	315	137	245	457	33	1,187
Total ingresos	328	217	291	804	49	1,689
Total egresos	307	161	191	878	61	1,598
N° camas asignadas	6	5	9	23	3	46

Fuente: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

Estas Unidades realizaron un total de 1689 ingresos, de los cuales 502 fueron programados y 1187 fueron urgentes. Al ser unidades de transición y generalmente, áreas críticas, se presentan más casos urgentes o de emergencia. La Unidad de Cuidados Intensivos es la que más ingresos tiene: un total de 804. Adicionalmente, se registraron 1598 egresos, que de igual manera, Cuidados Intensivos es el que más presenta: 878 en total.

En cuanto a las camas, las cinco unidades tienen total de 46 camas asignadas. La Unidad de Cuidados Intensivos posee 23 camas, es decir, el 50% del total. El otro 50% se dividen entre las otras cuatro unidades.

Por otro lado, para el año 2016, además de toda la hospitalización, por el área de consulta externa se realizaron un total de 271,468 consultas ambulatorias. En el siguiente cuadro, se puede apreciar el total de consultas realizadas por servicio, así como el total de las mismas. Adicionalmente, en el Anexo 2, se muestra la información mensual al año 2016.

**Cuadro No. 7. Número de consultas ambulatorias realizadas en consulta externa en el 2016**

<b>SERVICIO</b>	<b>TOTAL POR SERVICIO</b>
Alergología	1,341
Anestesiología	4,532
Cardiología	17,587
Cirugía cardíaca	3,588
Cirugía general	5,653
Cirugía maxilofacial	1,969
Cirugía oncológica	10,067
Cirugía plástica	2,615
Cirugía torácica	942
Cirugía vascular	5,522
Clínica del dolor	1,609
Dermatología	4,742
Endocrinología	7,430
Endodoncia	2,565
Gastroenterología	13,334
Geriatría	1,455
Gineco-obstetricia	14,463
Hematología	7,810
Medicina física y rehabilitación	9,175
Medicina interna	22,816
Nefrología	5,452
Neumología	6,641
Neuro psicología	958
Neurocirugía	4,833
Neurología clínica	9,076
Nutrición	4,399
Odontología	4,302
Oftalmología	12,343
Oncología	26,159
Ortodoncia	4,264
Otorrinolaringología	9,158
Pediatría	0
Proctología	8,971
Psicología	3,357
Psiquiatría	3,079
Reumatología	6,949
Traumatología	10,986
Unidad de trasplantes	1,527
Urología	9,799
<b>Total</b>	<b>271,468</b>

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

De esta información, se puede ver que el mayor número de consultas fueron realizadas por el servicio de oncología, 26159 consultas; seguido de medicina interna que realizó con 22816.

Es importante recalcar que servicios como pediatría ya no presentan información porque fueron eliminados, dado que esas no son funciones de un hospital de tercer nivel. Así como también el servicio de oncología o cardiología han aumentado sus atenciones. Y esto concuerda con la

epidemiología mostrada por el INEC, que las afecciones a la población ahora se enfocan en dichas áreas, un poco más críticas.

De manera adicional, también se puede ver el número de cirugías realizadas por los servicios que cuentan con éste. En el siguiente cuadro, se puede ver la clasificación de las cirugías, en programadas y de emergencia y el número que se realizó.

**Cuadro No. 8. Cirugías realizadas por servicio, año 2016**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
Cirugía cardiotorácica	237
Cirugía cardíaca	280
Cirugía general	1,051
Cirugía plástica	1,191
Cirugía vascular	461
Ginecología	424
Cirugía maxilofacial	163
Neurocirugía	558
Oftalmología	1,221
Otorrinolaringología	636
Proctología	290
Traumatología	1,371
Cirugía oncológica	590
Urología	355
Odontología	36
Unidad de trasplantes	130
<b>TOTAL</b>	<b>8,994</b>

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

En el año 2016, el número total de cirugías que se realizó fue de 8,994; entre emergencia y programadas. El servicio que más cirugías realizó fue traumatología con 1,371; además de que como ya se vio, es uno de los servicios que más consultas realiza anualmente. Siguiendo a Traumatología, está Oftalmología con 1221 cirugías. En el Anexo 3, se encuentra detallada la información sobre las cirugías programadas y las urgentes.

Como se puede ver hasta el momento, el servicio de Traumatología y de oncología son los servicios que más pacientes reciben al año. Aun que las causas de muerte a nivel nacional hacían referencia a enfermedades del corazón, los servicios que atienden dichas afecciones no tienen tantos ingresos o consultas ambulatorias como Oncología. Es decir, que, desde el último censo, las enfermedades de la población han cambiado y ahora existen unas más catastróficas.

## ***2. Evaluación del efecto de la repotenciación, comparando los años 2007 y 2016***

La Organización Panamericana de la Salud (2015), así como tiene una definición para el término indicador de salud, también proporciona un documento llamado “Glosario de Indicadores Básicos de la OPS” en donde muestra las categorías como los indicadores de cada una. Existen cinco categorías: demográficos, socioeconómicos, mortalidad, morbilidad y factores de riesgos, y recursos, servicios, cobertura

### ***2.1. Indicadores de salud***

A continuación, se explica cada una, con sus respectivos indicadores, de acuerdo a la definición de la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, es importante recalcar que se describirán solo aquellos que van a ser utilizados en el análisis posterior de la situación del Hospital “Eugenio Espejo”.

#### ***2.1.1. Mortalidad***

- i. Tasa estimada de mortalidad general:** el número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- ii. Número anual de defunciones:** número total de muertes en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica, según la información de la autoridad sanitaria nacional competente.

#### ***2.1.2. Recursos, servicios, cobertura***

- iii. Razón de médicos:** número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- iv. Razón de enfermeras profesionales:** número de enfermeras diplomadas disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- v. Razón de odontólogos:** número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- vi. Razón de camas hospitalarias:** número de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica
- vii. Razón de atenciones ambulatorias:** número de atenciones ambulatorias de salud por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- viii. Razón de egresos hospitalarios:** número de egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Adicional a los indicadores de la Organización Panamericana de la Salud (2015), el departamento de estadística del Hospital (2017), cuenta con otros indicadores, que son muy útiles para el análisis. A continuación, se muestran dichos indicadores, con su respectiva definición, que maneja internamente la casa de salud:

- Estancias: corresponde a la suma de los días que permanecieron hospitalizados los pacientes que egresaron del establecimiento en el mes
- Estancia media: es el promedio de días de estada de los pacientes hospitalizados
- Altas: número de altas de pacientes de hospitalización
- Éxitus (total de defunciones): total de defunciones de pacientes hospitalizados
- <48 h.: número de pacientes fallecidos con menos de 48 horas de permanencia en el hospital
- >48 h.: número de pacientes fallecidos con más de 48 horas de permanencia en el hospital
- Tasa de mortalidad general: es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un periodo en un establecimiento de salud y el número de egresos del mismo periodo por mil o por cien.
- Tasa de mortalidad hospitalaria: es la relación entre el número de defunciones (>48 horas) ocurridas durante un periodo en un establecimiento de salud y el número de egresos del mismo periodo por mil o por cien
- Total días paciente: son los servicios brindados a un paciente hospitalizados durante un día (24 horas)
- Días cama funcionando (disponibles): corresponde al número de días que las camas están ocupadas en el mes por los pacientes hospitalizados
- Promedio camas disponibles: número de camas que en promedio estuvieron disponibles en un período
- Índice de rotación (giro): promedio de pacientes que hacen uso de una cama hospitalaria

Índice de ocupación: promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período expresado en porcentaje

## ***2.2. Análisis de los indicadores, comparando los años 2007 y 2016***

A continuación, se presentan el cuadro de cada grupo de especialidades, con los diferentes indicadores tanto de mortalidad como los que corresponden a recursos y cobertura. Cabe mencionar que los datos se encuentran en número de pacientes, excepto aquellos que presentan decimal que son un cálculo del indicador. Adicionalmente, se va a mostrar el total de los valores presentados anteriormente por servicio.

Para efectos del análisis, se tomaron solo los totales de las especialidades clínicas y quirúrgicas, así como de las Unidades de Transición; sin embargo, en los Anexos 4, 5 y 6 se puede ver la información completa de cada uno de los servicios.

A continuación, se muestra el cuadro con los indicadores de salud basados en la información que entregó el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”. Como muestra el cuadro No. 9,

en el área de hospitalización se atendieron a 16,017 pacientes en el 2016; de los cuales 15,188 salieron de la casa de salud; ya sea por recuperación del paciente o por fallecimiento del mismo.

**Cuadro No. 9. Especialidades clínicas, quirúrgicas y unidades de transición, en el año 2016**

<b>Año 2016</b>				
<b>Indicador/Especialidad</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Quirúrgicas</b>	<b>Transición</b>	<b>Total</b>
<b>Ingresos programados</b>	4,298	4,577	502	9,377
<b>Ingresos Urgentes</b>	2,759	2,694	1,187	6,640
<b>Total ingresos</b>	7,057	7,271	1,689	16,017
<b>Total egresos</b>	6,911	6,679	1,598	15,188
<b>N° camas asignadas</b>	170	246	46	462

<b>Estancias</b>	48,561	58,847	10,442	117,850
<b>Estancia Media</b>	7.03	8.81	6.53	7.76
<b>Altas</b>	6,702	6,591	1,320	14,613
<b>Éxitus (Total defunciones)</b>	209	88	278	575
<b>&lt; 48 h.</b>	40	16	138	194
<b>&gt;48 h</b>	169	72	140	381
<b>Tasa Mortalidad General</b>	3.02	1.32	17.40	3.79
<b>Tasa Mortalidad Hospitalaria</b>	2.45	1.08	8.76	2.51
<b>Total días pcte.</b>	52,124	66,773	14,162	133,059
<b>Días camas func (disp.)</b>	59,603	83,835	16,685	160,123
<b>Promedio camas disponibles</b>	162.85	229.06	45.59	437.49
<b>Índice de rotación (Giro)</b>	42.44	29.16	35.05	34.72
<b>Índice de ocupación</b>	87.50%	79.6%	84.9%	83.10%

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

La tasa de mortalidad general muestra que 3.79 pacientes por cada 100 pacientes egresados han muerto. Mientras que la tasa de mortalidad hospitalaria indica que 2.51 pacientes por cada 100 egresos han fallecido. Estas dos tasas se elevan considerablemente en las unidades de transición, dado que son áreas críticas, como cuidados intensivos, donde la vida de los pacientes se encuentra en más riesgo. Es evidente que en estas unidades han menos espacio y disponibilidad de camas, pero el riesgo de muerte es mucho más elevado.

Se puede ver que el porcentaje de ocupación se encuentra, en promedio, en un 83.7%; lo que indica que la demanda del hospital es realmente alta, al tener tan alto porcentaje cubierto y ocupado por los diferentes pacientes que entran y salen a diario del hospital. Adicionalmente, se puede ver que una cama, en promedio, es utilizada en el año 34.72 veces (giro de camas); teniendo en cuenta que en hospitalización se cuenta con 462 camas disponibles.

Pero para tener una idea más clara de cómo está la situación del hospital, se puede comparar que es lo que pasaba en el 2007 y lo que pasó en el 2016. Para ello, un punto de referencia es el número de consultas que realizaron los servicios. En el siguiente cuadro se muestra los servicios que se ofrecían y el número de consultas.



**Cuadro No. 10. Consultas realizadas en el año 2007 y 2016 en los servicios.**

No.	ESPECIALIDADES	Año 2007
1	Medicina interna	18,788
2	Traumatología	12,726
3	Oftalmología	10,789
4	Ginecología	10,531
5	Neuroclínica	10,330
6	Cardiología general	9,197
7	Neumología	9,009
8	Pediatría	8,863
9	Otorrinolaringología	8,110
10	Urología	7,680
11	Dermatología	7,504
12	Gastroenterología	6,354
13	Cirugía general	6,238
14	Rehabilitación	5,253
15	Odontología	5,113
16	Psiquiatría	5,073
17	Proctología	4,164
18	Cirugía vascular	3,924
19	Oncología	3,914
20	Endocrinología	3,185
21	Cirugía Maxilofacial	3,166
22	Neurocirugía	2,789
23	Reumatología	2,674
24	Cardiología	1,926
25	Cirugía plástica	1,705
26	Nefrología	1,457
27	Cardiopediatria	1,230
28	Psicología pediatria	1,212
29	Cirugía pediatria	992
30	Psicología neurológica	917
31	Psicología clínica	877
32	Hematología	786
33	Cardiotoracica	634
34	Psicología nefrológica	630
35	Nefrología infantil	0
36	Psicología plástica	0
<b>Total</b>		<b>177,740</b>

No.	SERVICIO	Año 2016
1	Oncología	26,159
2	Medicina interna	22,816
3	Cardiología	17,587
4	Gineco-obstetricia	14,463
5	Gastroenterología	13,334
6	Oftalmología	12,343
7	Traumatología	10,986
8	Cirugía oncológica	10,067
9	Urología	9,799
10	Medicina física y rehabilitación	9,175
11	Otorrinolaringología	9,158
12	Neurología clínica	9,076
13	Proctología	8,971
14	Hematología	7,810
15	Endocrinología	7,430
16	Reumatología	6,949
17	Neumología	6,641
18	Cirugía general	5,653
19	Cirugía vascular	5,522
20	Nefrología	5,452
21	Neurocirugía	4,833
22	Dermatología	4,742
23	Anestesiología	4,532
24	Nutrición	4,399
25	Odontología	4,302
26	Ortodoncia	4,264
27	Cirugía cardíaca	3,588
28	Psicología	3,357
29	Psiquiatría	3,079
30	Cirugía plástica	2,615
31	Endodoncia	2,565
32	Cirugía maxilofacial	1,969
33	Clínica del dolor	1,609
34	Unidad de trasplantes	1,527
35	Geriatría	1,455
36	Alergología	1,341
37	Neuro psicología	958
38	Cirugía torácica	942
39	Pediatría	0
<b>Total</b>		<b>271,468</b>

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

Es evidente que algunos servicios fueron aumentados, hasta el 2016, como: alergología, anestesiología, cirugía oncológica, clínica del dolor, endodoncia, geriatría, nutrición y la unidad de trasplantes. Mientras que otros, fueron retirados, como: nefrología infantil, psicología pediatria, psicología, nefrológica, psicología plástica y cardiopediatria.

Adicionalmente, en el año 2007 se atendieron 177,740 mientras que en el 2016 fueron 271,468; es decir, existió un aumento del 52.7% en 10 años. En el 2007, las cinco primeras especialidades representan el 36% del total de las consultas; de las cuales Medicina Interna atendió a 18,788, traumatología atendió 12,726, Oftalmología registró 10789, ginecología 10,531 y Neuroclínica 10,330.

Mientras que el año 2016, las cinco primeras especialidades representan el 35% pero como se puede ver, las áreas fueron diferentes: oncología 26,159, medicina interna 22,816, cardiología 17,587, gineo-obstetricia 14,463, y gastroenterología 13,344.

Así como han cambiado los servicios, también la infraestructura hacia los mismos tiene que cambiar. De hecho, de acuerdo a las necesidades, ha aumentado o disminuido el número de espacios asignados; es decir, el número de camas que tiene cada servicio. En el cuadro No. 11, se puede ver los datos.

**Cuadro No. 11. Número de camas, 2007 y 2016**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>2007</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>2016</b>
Traumatología	50	Traumatología	57
Medicina interna	35	Medicina Interna	37
Cirugía general	34	Neurocirugía	37
Neurología clínica	28	Cirugía general	30
Neurocirugía	26	Oncología	25
Neumología	22	Unidad de Cuidados Intensivos	23
Cardiororácica	18	Neurología	21
Pediatría	15	Neumología	20
Urología	14	Gastroenterología	18
Cardiología	12	Nefrología	18
Cirugía plástica	12	Cirugía torácica	18
Nefrología	12	Urología	18
Oftalmología	12	Cardiología	16
Cirugía vascular	10	Hematología	12
Otorrinolaringología	10	Cirugía cardíaca	12
Cirugía pediátrica	10	Oftalmología	12
Cirugía cardíaca	6	Ginecología	11
Ginecología	6	Cirugía plástica	10
Proctología	5	Cirugía vascular	10
Gastroenterología	4	Unidad de trasplante	10
Maxilo facial	2	ORL	9
Psiquiatría	2	Unidad de Cuidados Intermedios	9
<b>Total</b>	<b>345</b>	Cirugía maxilofacial	6
		Coloprotología	6
		Área crítica	6
		Coronarios	5
		Reumatología	3
		UTI-R	3
		<b>Total</b>	<b>462</b>

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver en el cuadro No. 11, en 9 años ha aumentado 117 camas, que en número podría no ser tan representativo, pero representa el 34% de aumento. Sin embargo, se puede ver que los servicios que se ofrecen han cambiado y que el enfoque que se está dando es hacia las enfermedades graves. Es decir, las enfermedades graves son las que mayor ocupación tienen dentro del Hospital.

Aun que el departamento de estadística fue el primero en ser creado en la inauguración del hospital, las deficiencias en información son notorias. Con el pasar del tiempo, se ha ido mejorando el flujo de información que se puede obtener del día a día. A pesar de esta gran diferencia, se puede tener una comparación también de las emergencias que se han realizado.

En el año 2007 se realizaron 28,888 emergencias mientras que en el 2016 fueron 38162 emergencias. Es decir, aumentaron las emergencias en un 32%. Con el tiempo, el departamento de Estadística ha mejorado sus registros y ahora se puede saber cuales fueron rápidas o de observación; de la primer se recibieron 5,837 emergencias, y de la segunda fueron 13,244. En total, el Hospital realizó un total de 19,081 emergencias en el 2016.

Si es que se revisa las emergencias atendidas, se puede ver que aquí también ha habido un cambio. Por ejemplo, en el 2007 se atendían emergencias en pediatría mientras que en el 2016, fueron en áreas críticas. Esto quiere decir, que de cierta manera, la división del sistema a niveles de atención, ha logrado tener un impacto grande con el fin de que las afecciones más graves sean tratadas en una institución de tercer nivel, mientras que las de menor riesgo se lo haga en los primero niveles de atención.

Adicionalmente, también se cuenta con la información de las cirugías realizadas por servicio. En el cuadro No. 12 se puede apreciar la información.

**Cuadro No.12. Cirugías realizadas, 2007 y 2016**

<b>Especialidad</b>	<b>2007</b>	<b>Especialidad</b>	<b>2016</b>
Cirugía general	1,074	Traumatología	1,371
Emergencia	933	Oftalmología	1,221
Ginecología	805	Cirugía plástica	1,191
Traumatología	779	Cirugía general	1,051
Maxilofacial	632	Otorrinolaringología	636
Cirugía plástica	590	Cirugía oncológica	590
Cirugía torácica	570	Neurocirugía	558
Oftalmología	431	Cirugía vascular	461
Otorrinolaringología	368	Ginecología	424
Urología	338	Urología	355
Hospital del día B	302	Proctología	290
Hospital del día A	213	Cirugía cardíaca	280
Cirugía Vascular	183	Cirugía cariotorácica	237
Neurocirugía	164	Cirugía maxilofacial	163
Proctología	146	Unidad de trasplantes	130
Cirugía cardíaca	104	Odontología	36
Cirugía pediátrica	86	Total	8,994
Unidad de Terapia Intensiva	18		
Nefrología	2		
Oncología	1		
Pediatría	0		
Total	7,739		

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver en el cuadro No. 12, existen más servicios en el 2007 que realizaron cirugías; pero en número de operaciones, en el 2016 han aumentado en 1255; lo que representa 16% de aumento. Es decir, que más pacientes fueron atendidos en los últimos años y que la atención no depende del número de servicios, sino de la eficiencia del personal médico que está trabajando para la población; además de que deben responder a los cambios epidemiológicos de la población.

En el análisis, también se puede incluir al personal médico que trabaja en el Hospital. Cada uno de los servicios, de acuerdo al número de pacientes que reciben, posee cierto personal médico. En el siguiente cuadro se muestra los médicos de cada servicio, tanto en el 2007 como en el 2016.

**Cuadro No.13. Número de médicos, 2007 y 2016**

ESPECIALIDADES	Número	ESPECIALIDADES	Número
Traumatología	13	Cardiología	9
Medicina interna	10	Traumatología	9
Cirugía general	10	Unidad de Transplante	9
Cardiología general	7	Medicina interna	8
Otorrinolaringología	7	Neurocirugía	8
Ginecología	6	Oftalmología	8
Oftalmología	6	Gastroenterología	7
Neuroclínica	6	Cirugía general	6
Odontología	5	Neuroclínica	6
Neurocirugía	5	Oncología	6
Urología	4	Cirugía cardíaca	5
Neumología	4	Ginecología	5
Cardiología	4	Odontología	5
Cirugía vascular	4	Urología	5
Cardiorrespiratoria	3	Cirugía oncológica	4
Pediatría	3	Cirugía plástica	4
Gastroenterología	3	Hematología	4
Proctología	3	Neumología	4
Cirugía plástica	3	Otorrinolaringología	4
Cirugía maxilofacial	3	Psicología	4
Nefrología	2	Cirugía vascular	3
Psiquiatría	2	Coloproctología	3
Rehabilitación	2	Endocrinología	3
Dermatología	2	Nefrología	3
Cirugía pediátrica	2	Cirugía maxilofacial	2
Cardiopediatria	1	Cirugía torácica	2
Endocrinología	1	Dermatología	2
Reumatología	1	Medicina física y rehabilitación	2
Oncología	1	Nutrición	2
Hematología	1	Psiquiatría	2
Psicología clínica	1	Reumatología	2
Psicología nefrológica	1	Clínica del dolor	1
Psicología neurológica	1	Geriatría	1
Psicología pediátrica	1	Neuropsicología	1
Nefrología infantil	0	TOTAL	149
Psicología plástica	0		
TOTAL	126		

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

El número de médicos en el 2007 era de 126 y en el 2016 era de 149; es decir, existió un aumento de 18%. El servicio que más médicos tenía en el 2007 era traumatología con 13 y medicina interna y cirugía general cada uno con 10. Mientras que en el 2016, cardiología, traumatología y unidad de trasplante tienen 9 médicos por servicio.

Es importante ver que el número de médicos ha cambiado en el tiempo, pero la respuesta de los que trabajan actualmente es más alta dado que el número de consultas ambulatorias atendidas también aumentó. Es decir, que el personal médico demuestra mayor capacidad de atención y el Hospital tiene una mayor organización y respuesta a las necesidades de la población.

Como último punto, pero no menos importante, se puede analizar el presupuesto devengado de la casa de salud, el mismo que fue tomado del Ministerio de Economía y Finanzas y del propio Hospital.

Durante el paso de los años, el Hospital ha cambiado y así han cambiado sus necesidades presupuestarias. Por disponibilidad de información, se tiene el presupuesto histórico desde el 2008 al 2016. En el cuadro No.14 se muestra solo estos dos años; pero en el Anexo 7 se muestra la evolución de todos los años.

**Cuadro No. 14. Presupuesto del Hospital, años 2008 y 2016**

Ítem	Valor 2008	Valor 2016
Edificios, Locales y Residencias	16,015.50	363,692.86
En Obras de Infraestructura	55,144.73	27,536.94
Investigaciones y patentes	0.00	21,104.01
Mantenimiento	15,197.07	367,198.38
Maquinarias y Equipos	659,033.39	1,306,624.73
Materiales para Laboratorio y Uso Médico	2,520,572.03	10,573,698.74
Materiales y herramientas	333,745.31	1,471,667.64
Medicinas y Productos Farmacéuticos	2,890,280.48	11,932,693.78
Mobiliarios	120,049.45	21,195.03
Obligaciones de ejercicios anteriores	306,895.06	1,718,235.54
Otros	483,613.22	304,515.49
Publicidad y eventos	5,725.57	49,895.48
Servicios	1,269,104.41	6,631,008.97
Servicios básicos y accesorios	1,182,162.49	2,177,951.91
Talento humano	11,780,473.83	33,819,934.38
Vehículos y fletes	167,486.51	348,220.75
Viáticos y pasajes	5,977.36	58,829.07
<b>TOTAL</b>	<b>21,811,476.41</b>	<b>71,194,003.70</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas y Departamento financiero del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

Como se muestra en el cuadro No.14, el presupuesto del Hospital ha pasado de 21 millones a 71 millones; es decir, el presupuesto ha crecido en un 226%. Así como han crecido sus rubros: por ejemplo, el valor más alto se ubica en las remuneraciones unificadas, que paso de 5 millones a mas de 16 millones; es decir, tuvo un crecimiento del 209%. Sin embargo, en cuanto a crecimiento, el valor más alto está en los seguros: 5,254.07 USD a 296,384.31 USD; es decir, un crecimiento de 5541% en 9 años. Se puede asumir que ahora el Hospital cuenta con mayores equipos, infraestructura u objetos de valor que merecen tener un seguro con el fin de poderlos mantener en el futuro, en el caso de daño o pérdida.

Ahora bien, los rubros que son importantes de analizar son los que afectan directamente a la repotenciación del Hospital y a su mejoramiento hacia el bienestar del paciente. Es por ello que se va a analizar 7 ítems: obras de infraestructura, mantenimiento de y reparación de edificios, investigaciones profesionales y exámenes de laboratorio, maquinaria y equipos, materiales de aseo, materiales para laboratorio y uso médico, y medicinas y productos farmacéuticos.

En cuando a obras de infraestructura, se observa un decrecimiento del 50%, pero un crecimiento en el mantenimiento y reparación de edificios. Mientras el primero pasa de 55,144.73 USD a 27,536.94 USD, el segundo pasa de 0 USD a 336,662.92. Esto es importante ya que se puede asumir que la infraestructura que se tiene es buena; lo que necesita es ser mejorada o reparada con el fin de prestar los servicios necesarios.

Por el lado de las investigaciones, también se puede ver que en el 2008 el valor era de 0 USD y que en el 2016 fue de 4,110.84 USD. Con esto se puede evidenciar que la institución se preocupa por tener las investigaciones conforme a lo que se va presentando en la sociedad; con el fin de poder atender de mejor manera a los pacientes. Se esperaría que este rubro crezca mucho más con el pasar de los años.

También se puede ver un crecimiento en maquinarias y equipos: en el 2008 el valor fue de 659,033.30 mientras que en el 2016 fue de 1,306,624.73 USD; lo que se traduce en un crecimiento de 98%. Con estos valores se podría deducir que anteriormente el Hospital ya tenia maquinaria y equipos y que en el transcurso de los años se fue agregando lo que faltaba para tener una capacidad del 100%.

Un rubro interesante es los materiales de aseo. Como se puede ver, este paso de 101,894.64 USD en el 2008 a 668,064.84 USD en el 2016; lo que significa 556% de crecimiento. Como es de conocimiento público, el Hospital el 4 de junio de 2015 obtuvo una acreditación internacional por parte de Accreditation Canada International (ACI) y con esto se convirtió en la institución más emblemática del Sistema Nacional de Salud (MSP, 2015: párr.1). Para recibir la mencionada acreditación, el hospital fue analizado en todos sus ámbitos con un promedio final de cumplimiento de 93.1% en el nivel de Oro (MSP, 2015: párr.3). Parte de esto es mantener la casa de salud limpia y libre de bacterias, con el fin de evitar que las enfermedades se contagien o muten y se hagan más graves; es decir, mantener un lugar desesterilizado.

Pero los rubros que más importan en un hospital son los materiales y los medicamentos. Los primeros crecieron en un 319%, de 2,520,572.03 USD en el 2008 a 10,573,698.74 USD en el 2016; y los segundos crecieron en 313%, de 2,890,280.48 USD en el 2008 a 11,932,693.78 USD en el 2016. Como se sabe, la infraestructura y el personal médico es esencial para el funcionamiento de un hospital, pero si no cuentan con los insumos necesarios para dar una atención de calidad al paciente, no serviría de nada. Los médicos y personal en general, necesitan tener a la mano los materiales y medicamentos para cada procedimiento, con el fin de no hacer esperar al paciente o peor de suspender la atención.

### ***3. Conclusión***

Luego de analizar todos los datos que se tiene disponibles, el primer punto es ver el cambio epidemiológico que ha existido y que está ligado a la teoría. Las enfermedades, así como las personas, van evolucionando y se hacen más resistentes y más complicadas de tratar. Es por ello que la investigación de nuevas alternativas de tratamientos es fundamental para dar una buena atención al paciente.

Al hospital llegan personas de todos los lugares del Ecuador, y el mismo tiene que estar en la capacidad, tanto en infraestructura como en conocimientos, para dar un servicio eficiente al paciente. Es decir, todo el personal, tanto médico como administrativo, tiene que estar capacitado para recibir al paciente; dado que como se vio, las atenciones han aumentado con el pasar de los años y es importante que así mismo se vaya desarrollando iniciativas para poder dar el servicio a toda la población.

El cambio epidemiológico tiene mucha correlación con las atenciones, ya que el mayor número de consultas se ubica en las especialidades en las que la tasa de mortalidad es más alta a nivel nacional; es decir, en donde existe mayor morbilidad de la población. Es por ello que todo ha aumentado: consultas, cirugías, emergencias, personal médico y camas.

Y el último punto, el presupuesto también presenta un crecimiento bastante grande. Así como se va necesitando de mayores insumos y equipos, también esto implica mayores cantidades de dinero. Lo que se puede concluir es que en los rubros donde se esperó crecimiento, efectivamente este se dio y se podría asumir que no se está desviando el dinero en rubros innecesarios o irrelevantes.

El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” aún tiene mucho que crecer y más servicios que ofrecer; pero ya se puede evidenciar un gran avance en la casa de salud. El hecho de que vaya a la par con variables como el cambio epidemiológico, da una gran pauta de que está enfocado en el objetivo correcto para cumplir con la misión de una salud gratuita y con cobertura universal.

### ***CAPÍTULO III: Lineamientos que han utilizados otros países para tener una política pública eficiente en salud***

Como se definió en el capítulo 1, política pública es lo que los gobiernos deciden hacer para su población. Es decir, las políticas van a ser un conjunto de acciones direccionadas a resolver problemas de carácter público, como la salud, educación, seguridad, etc.

Ahora bien, dentro de un Estado se pueden tener un sinnúmero de propuestas destinadas a diferentes ramas; cada una con sus objetivos precisos. Lamentablemente, los recursos disponibles son limitados, y, por ende, se debe tener en cuenta el presupuesto necesario para la aplicación, así como también el impacto de las decisiones; es decir, la eficiencia de las mismas.

Cuando se habla de eficiencia, la Real Academia Española (2018: párr. 1) define a esta palabra como “capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado”. Sin embargo, en la economía se ha acotado esta definición de una forma más específica. La rama neoclásica de la economía fue la primera en definir este término, dado que estos buscan el máximo bienestar. En otras palabras, se dice que con los recursos que se tiene, se busca satisfacer las necesidades de la o las personas para maximizar su utilidad (Strober, 2001: 82).

En resumen, las políticas públicas eficientes van a ser, entonces, el conjunto de decisiones que el Estado toma, con el fin de satisfacer las necesidades de la población para que ésta pueda maximizar su utilidad; es decir, sentirse bien. Y como se dijo, estas políticas se aplican en ámbitos muy básicos de la economía. Es así, como la salud es una de estas ramas necesarias que el Gobierno debe cubrir.

Cuando se piensa en sistemas de salud eficientes, seguramente los países desarrollados serán los que van a liderar en calidad y servicio a la ciudadanía. De hecho, existen varios rankings que muestran, a nivel mundial, cuáles son los países que ofrecen los mejores servicios de salud. Es evidente que cada país aplicará sus políticas de acuerdo a lo que la población requiera, a las enfermedades que se presentan y a los recursos disponibles. Además, que, también dependerá como se ha desarrollado a lo largo del tiempo.

Y a pesar de que los rankings son muy debatidos por el hecho de que existen más factores, que los que se puedan proponer, que afectarán a la salud de cada persona y que son los factores que la salud pública tiene que hacer frente; sobre todo el cambio epidemiológico que vive el mundo actualmente. Es por ello que, el presente capítulo estará dividido en tres partes. En el primer apartado, se muestra los indicadores que propone la Organización Mundial de la Salud para definir la calidad de la salud. En el segundo apartado, se va a mostrar las políticas públicas en salud aplicadas en los diferentes países de la región. Y en el tercer apartado, se va a ver que es lo que, a hecho Ecuador en política pública, con el fin de poder comparar entre países.



## 1. Criterios de la Organización Mundial de la Salud

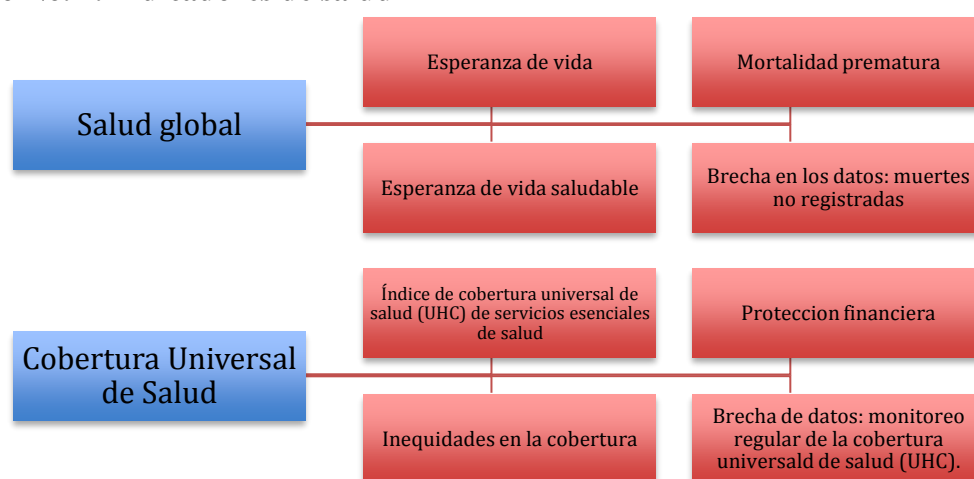
La Organización Mundial de la Salud está en constante monitoreo de todo lo que tiene relación con la salud. Y para tener una idea clara de cómo se encuentra la situación actualmente, se basa en indicadores de salud; los mismos que se va analizando su evolución y se puede ir estableciendo metas al futuro, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Organización Mundial de la Salud cuenta con el reporte anual del año 2016, de las Estadísticas Mundiales de Salud (en inglés, World Health Statistics), el mismo que fue denominado: Monitoreando la salud para los ODS (en inglés, Monitoring Health for the SDG's). En el documento, se analizan seis diferentes ámbitos de la salud, como son: las implicaciones de los ODS en el monitoreo de la salud, la salud global a través de indicadores, la cobertura universal de salud, equidad, los ODS y los objetivos relacionados con la salud. Para el análisis, se van a tomar los indicadores de dos apartados: la salud global y la cobertura universal; los mismo que se analizan en la siguiente parte.

### 1.1. Indicadores de salud para delimitar un buen sistema de salud

El reporte de la Organización Mundial de la Salud muestra un acercamiento considerable con el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2017): “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. De ahí, existen varios indicadores que pueden dar una idea de cómo se encuentran los sistemas de salud en el mundo; dado que estos indicadores no solo dependen de la salud como tal, sino de otros factores para que mejoren. Se los va a dividir en dos grupos: salud global y cobertura universal de salud; como se muestra en el siguiente gráfico.

**Gráfico No. 4. Indicadores de salud**



Fuente: World Health Statistics, OMS

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver, los indicadores son bastante básicos, pero que demuestran mucho sobre como ha avanzado la salud y la cobertura que cada país tiene para todos sus habitantes. En cuanto a los indicadores de salud global, la esperanza de vida (ONU, 2016b: 7) es “una medida

de las tasas de mortalidad en todas las edades y de todos los programas de salud y relacionados con la salud que contribuyen a ello”; es decir, a mejorar la esperanza de vida. En el mundo, desde 1970 hasta las proyecciones al 2030, la esperanza de vida ha aumentado 3 años por cada década. Esto da como resultado el hecho de que la esperanza de vida más alta en el mundo sea de 83,7 años correspondiente a Japón. Y, por el contrario, el más bajo tiene Sierra Leona con 50,1 años. La brecha de 33 años es bastante alta y por eso es que se trabaja mucho en los países menos desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud, y los organismos internacionales en general, tienen a agrupar a los países de tal manera que el análisis sea mas fácil. Es por ello, que tanto América del Norte, como Centro América y la del Sur, son consideradas un solo grupo; y es en este dónde se encuentra Ecuador. Es lógico pensar en este grupo, dado que muchos de los países presentan características similares, además de una historia bastante similar. Las estadísticas de la esperanza de vida, muestran que Canadá se encuentra en el primer lugar con 82,2 años; solo un año de diferencia con el primer país del mundo. Mientras que el ultimo del grupo es Haití con 63,5 años de esperanza de vida. En el siguiente cuadro, se puede ver a todos los países del grupo, en el cual Ecuador está en el puesto 12.

**Cuadro No. 15. Esperanza de vida de América, 2015**

No.	País	Años
1	Canadá	82.2
2	Chile	80.5
3	Costa Rica	79.6
4	Estados Unidos	79.3
5	Cuba	79.1
6	Panamá	77.8
7	Uruguay	77.0
8	México	76.7
9	Antigua y Barbuda	76.4
10	Argentina	76.3
11	Jamaica	76.2
12	Ecuador	76.2
13	Bahamas	76.1
14	Perú	75.5
15	Barbados	75.5
16	Santa Lucía	75.2
17	Brasil	75.0
18	Nicaragua	74.8
19	Colombia	74.8
20	Honduras	74.6
21	Venezuela	74.1
22	Paraguay	74.0
23	República Dominicana	73.9

24	Granada	73.6
25	El Salvador	73.5
26	San Vicente y las Granadinas	73.2
27	Guatemala	71.9
28	Surinam	71.6
29	Trinidad y Tobago	71.2
30	Bolivia	70.7
31	Belice	70.1
32	Guyana	66.2
33	Haití	63.5

Fuente: World Health Statistics, OMS

Elaboración: Cristina Almeida

En cuanto al Ecuador, 76,2 años de esperanza de vida, está a solo 4 años del más alto. Esto muestra que el trabajo realizado en el sistema de salud nacional ha sido bueno. El hecho de que las personas vivan más, da una idea de que la salud de las personas ha mejorado con los años, y por ende, viven más tiempo.

Ahora, el hecho de vivir más tiempo, no implica necesariamente una mejor calidad de vida. Para ello, la Organización Mundial de la Salud ha tomado el índice de esperanza de vida saludable. Este indicador expone “una muestra de toda la salud de la población, representando un promedio equivalente al número de años de salud que un recién nacido espera vivir y el promedio de años específico de buen estado de salud en un periodo específico” (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 10).

Es decir, la esperanza de vida es el número de años que espera vivir una persona con un completo buen estado de salud; pero existen unos años que las personas pueden sufrir de enfermedades y que hacen que estos años disminuyan. Esto se lo conoce como la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable; en el medio se encuentran la pérdida de esperanza de vida, dado por: desordenes mentales y neurológicos, diabetes, pérdida de visión y de audición, desórdenes músculo esqueléticos, enfermedades no transmisibles, o lesiones. En el caso de América, la esperanza de vida saludable supera el promedio global de 63,1 años, sobrepasando los 65 años.

Otra de las variables que respectan a salud global es la muerte prematura, que la Organización Mundial de la Salud la considera de este grupo en el caso de que sean muertes en personas menores a 70 años de edad. Esta es otra medida de los sistemas de salud, en el hecho de que, existen varias enfermedades que se pueden prevenir o curar, antes del fallecimiento de una persona. A pesar de que la tasa de América es la más baja del mundo: 2 muertes por cada 1000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 12), aún se pueden evitar muchas defunciones y dar a las personas una calidad de vida más alta.

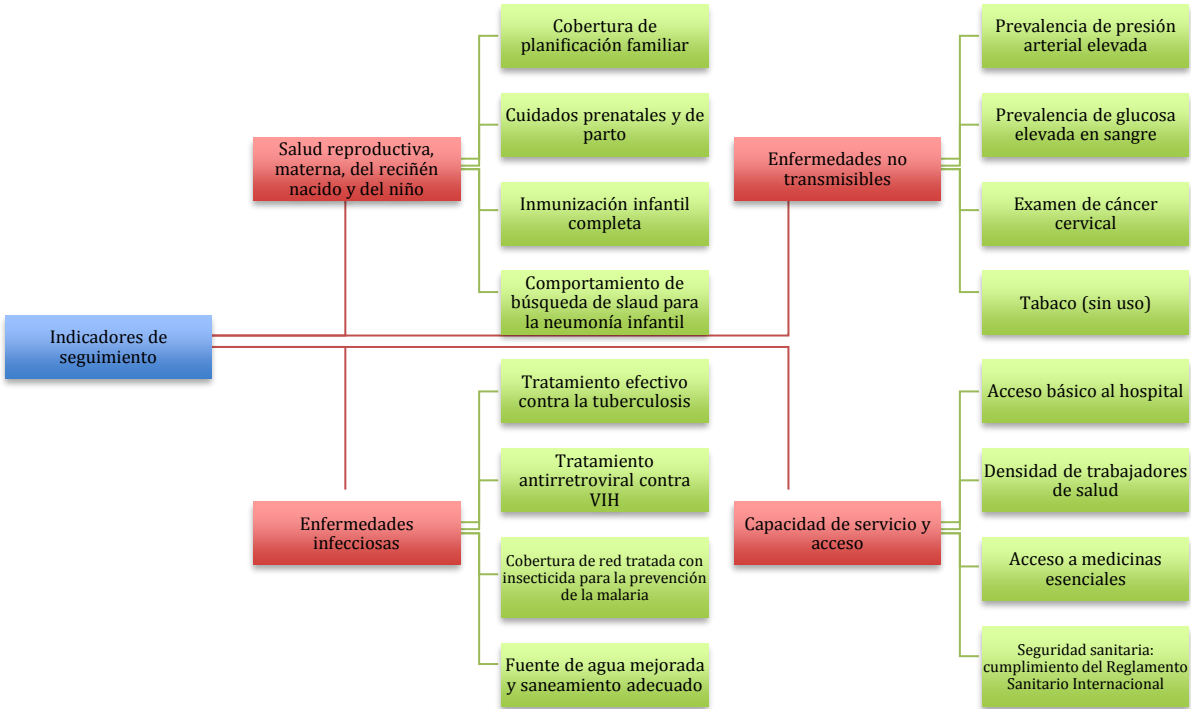
En cualquier base de datos va a existir problemas de falta de información, y en el caso de la salud, existen dificultades en los registros. La Organización Mundial de la Salud en su reporte

anual, muestra que la brecha de medición se encuentra en las muertes no registradas, con una estimación de 53% de subregistro (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 12). Así como hay países que tienen un sistema más sólido, hay otros que aún presentan deficiencias y es en donde se debe trabajar también; con el fin de cumplir una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Por otro lado, existen los indicadores de cobertura universal de salud. Estos se basan en una de la meta 8 del objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta meta indica que se busca “lograr la cobertura universal sanitaria, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (ONU, 2017).

Para tener una idea más clara de la cobertura universal, se ha dividido este índice en dos componentes: el primero es la cobertura de la población con calidad en servicios esenciales de salud y la cobertura de la población con protección financiera (Organización Mundial de la Salud, 2016:15). En cuanto al primero, de servicios esenciales, se puede tener un sinnúmero de indicadores dado que, cada país tiene sus propias prioridades sanitarias. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha construido indicadores de seguimiento; los mismos que los agrupa en 4 categorías. En el siguiente gráfico se presenta dicha información.

**Gráfico No. 5. Indicadores de seguimiento de la cobertura universal de salud de servicios esenciales.**



Fuente: World Health Statistics, OMS  
Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver, se tiene información de puntos importantes que pueden dar una idea de cómo se encuentra el servicio de salud. De hecho, las estadísticas muestran que, en América, el

30% de los países se encuentra en el quintil más alto; menos del 10% se encuentra en los dos primeros quintiles. La mayoría de los países, un 40% aproximadamente, están en el quintil cuatro; mostrando así que la salud en todo el continente americano ha avanzado considerablemente.

En cuanto al segundo, de cobertura con protección financiera, se tiene dos indicadores: la incidencia del gasto desproporcionado en la salud denominado como “catastrófico” y la incidencia de la pobreza resultante de los gastos de salud pagados directamente por los hogares que se etiqueta como “empobrecimiento” (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 17).

Antes de analizar los dos indicadores mencionados, la Organización Mundial de la Salud considera el gasto que cada persona tiene que hacer para la salud que proviene del propio presupuesto, o dicho de otra manera, el gasto de bolsillo. En el promedio de América, este indicador se encuentra en 31%; en comparación con Europa que presenta un 29%. Estos porcentajes son bajos, comparado con el 40,8% de la región Sureste de Asia (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 19)

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2016b, 19) define que cuando este porcentaje supera el 25% del presupuesto de la persona, o el 40% de la capacidad de pagar, ya es considerado una enfermedad “catastrófica”. Mientras que, es “empobrecimiento” cuando el gasto de salud, desplaza hacia un nivel mínimo socialmente reconocido de otros gastos.

Pero como en el caso de los indicadores de salud global, en la cobertura universal también se presenta una brecha, dada por la falta de monitoreo constante: en algunos países sucede que, si hay estadísticas, pero son bastante básicas o insuficientes; y en otros casos, simplemente no existe una base de datos con la que se pueda trabajar (Organización Mundial de la Salud, 2016b: 21). Es por ello, que la sugerencia que hace la Organización Mundial de la Salud es mejorar los sistemas estadísticos de todos los países con el fin de poder mantener al día la información y saber en donde se debe trabajar más o reforzar la ayuda entregada.

### ***1.2.Ranking de mejores sistemas de salud, según esperanza de vida***

Como se mostró, existen varios criterios que pueden dar una idea de cómo se encuentra la salud en general a nivel mundial. Y a pesar de que aun se deben hacer varias mejoras en todos los países, también se pueden ver avances bastante considerables. A continuación, se va a mostrar un cuadro con todos los países del mundo, en el cual consta la esperanza de vida, tanto del hombre como de la mujer, y la esperanza de vida saludable; ordenados por el promedio de la esperanza de vida.

En el Anexo 8, el cuadro muestra que existen países con una esperanza de vida alta, como Japón y Suiza que lideran la lista. Sin embargo, hay países como Sierra Leona que tienen una esperanza de 50,1 años; y lamentablemente, se presentan 11 países que no tienen información. Pero Ecuador se encuentra en un buen lugar: 51 de 194. Esto muestra que los esfuerzos realizados han dado un buen resultado y las personas pueden vivir más.

Aun existen muchos campos en los que se debe trabajar para poder dar a toda la población una salud de mejor calidad y con un acceso completo a todos los servicios. Es importante ir midiendo los cambios que se van dando, con el fin de ver la evolución tanto a manera global como de cada país; inclusive, de cada estado o provincia internamente dentro de las naciones. Y hacer que estos esfuerzos se encaminen a cumplir con todas las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Sin embargo, el mencionado ranking es muy debatido dado que existen muchos factores, además de la salud, que pueden afectar a la esperanza de vida. Es por ello, que en el siguiente apartado se va a examinar las diferentes políticas específicas de salud que varios países han optado por aplicarlas en su territorio.

## ***2. Políticas de Salud***

Las políticas públicas que son específicas para el campo de la salud, tienen su propio enfoque. Es decir, “gran parte de las intervenciones se centran en enfermedades concretas con una alta carga de morbilidad, como el VIH/SIDA, o en etapas del ciclo vital, como la infancia; son los denominados problemas de salud prioritarios” (Organización Mundial de la Salud, 2008b: 69).

Sin embargo, no se trata solo de atacar a las enfermedades existentes como el punto de prioridad. Como menciona la Organización Mundial de la Salud (2008b:70), se debe también elaborar políticas públicas de salud que se enfoquen en cambiar el estilo de vida de la población; es decir, en la prevención de enfermedades. Además de que no se debe dejar de lado el hecho de que cualquier política, debe considerar la respuesta rápida para responder a factores imprevistos y que pueden afectar el desarrollo del objetivo de la política como tal.

Adicionalmente al enfoque, las políticas de salud también tienen su propio objetivo. Según Vincec Navarro (2006: párr. 2) “el objetivo fundamental de la política nacional de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población”. Entonces, se podría decir que las políticas deben cumplir con los principios que pide la Organización Mundial de la Salud, como, por ejemplo, la cobertura universal.

Navarro (2006: párr. 3-5) añade también que, son tres los principales componentes de la política de salud: 1. intervenciones públicas que establezcan, mantenga y fortalezcan los determinantes estructurales, 2. políticas públicas que tengan carácter individual, que se enfoquen en cambiar el comportamiento y estilos de vida de cada persona, y 3. la socialización y empoderamiento que establezcan la relación de responsabilidades colectivas e individuales.

Como se puede ver, tanto el autor como la Organización Mundial de la Salud concuerdan en el hecho que, existen tanto, factores estructurales como los de cada persona, que van a afectar a la buena salud del individuo. Es por ello que, los esfuerzos de las autoridades deben ser tanto en el control de las enfermedades como en la prevención de las mismas; sin dejar de lado la

socialización que sirve para mantener al tanto a toda la población, de las enfermedades que afectan, así como de como se pueden evitar.

Sabiendo que existen políticas para enfrentar las enfermedades, así como aquellas de prevención de la salud, en los siguientes puntos se va a analizar algunas ideas que se han implementado en países de América; pero cabe mencionar que no existe una “receta” que se pueda aplicar a nivel mundial para mejorar la salud.

## **2.1.Chile**

Chile, en el ranking de la Organización Mundial de la Salud del 2015, ocupa el segundo puesto, luego de Canadá, en esperanza de vida con 80.5 años en promedio. Es decir, si una persona habita en Chile, puede llegar a vivir al menos 80 años y con una calidad de vida alta. Es por esto, que se va a analizar que es lo que han realizado las autoridades competentes para llegar tan alto.

Para el análisis, se tomarán en cuenta los siguientes documentos:

- Perfil del Sistema de Salud de Chile, Organización Panamericana de la Salud
- Sistema de Salud de Chile, artículo de revisión
- Plan Nacional de Salud de Chile
- Programas de Salud, Ministerio de Salud

Con esta información, se analizará el Sistema de Salud de Chile.

### **1. Perfil del Sistema de Salud de Chile.**

La Organización Panamericana de la Salud ha realizado análisis a los diferentes países y a sus sistemas de salud; y Chile no es la excepción. Este documento fue realizado en el 2002 y se analiza el contexto del país desde varios ámbitos, sistema de servicios de salud y el seguimiento y evaluación (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 1-32).

En la primera parte, el contexto es analizado desde varios ámbitos. En cuando al político, se describe la democracia chilena, la elección del presidente, la división del territorio, los ministerios, y los principales problemas (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 1). Mientras que en el ámbito económico se analiza el PIB, el gasto público total y social, y los sectores de la economía (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 2).

En cuanto a la parte de la demografía, para el año 2006, Chile contaba con una población de 16,432,674 de personas (Becerril-Montekio, Reyes, Manuel, 2011: párr. 8). Y como indica la Organización Panamericana de la Salud, el país se encuentra en una transición epidemiológica, con disminuciones de las tasas de natalidad y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 2). Y esto se une con la epidemiología, de la cual se hace referencia las causas de muerte; las mismas que varían entre hombres y mujeres. Para el año 2006, Becerril-Montekio, Reyes, Manuel, (2011: párr. 10-12) indican estas causas de muerte por sexo; las mismas que se detallan a continuación:

**Cuadro No. 16. Principales causas de muerte en mujeres y hombres de Chile, porcentaje 2006.**

<b>Mujeres</b>		<b>Hombre</b>	
<b>Enfermedad</b>	<b>%</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>%</b>
Enfermedades cerebrovasculares	9.8	Enfermedades isquémicas del corazón	10.2
Enfermedades isquémicas del corazón	8.2	Enfermedades cerebrovasculares	8.1
Otras formas de enfermedades del corazón	5.2	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	5.6
Enfermedades hipertensivas	4.6	Tumor maligno del estómago	4.6
Diabetes mellitus	4.3	Otras enfermedades del corazón	4.1
Neumonía	3.9	Accidentes de tránsito	3.6
Tumor maligno de la vesícula, incluidos trastornos sintomáticos	3.4	Diabetes mellitus	3.5
Trastornos mentales orgánicos	3.3	Tumor maligno de la próstata	3.5
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares	3.1	Tumor maligno de la tráquea	3.3
Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares	3.2	Lesiones autoinflingidas	3.3

Fuente: Becerril-Montekio, Reyes, Manuel

Elaboración: Cristina Almeida

Como se muestra en el cuadro No.16, las causas de la mujer son diferentes que los hombres, y a su vez, las mujeres tienen tasas más bajas. Los hombres chilenos sufren de enfermedades referentes a la próstata mientras que las mujeres chilenas son más propensas a enfermedades del cerebro y del corazón.

Por otro lado, también se analiza el contexto social, en el que se habla del Índice de Desarrollo Humano, distribución del ingreso, tasa de desocupación, tasa de alfabetismo, escolaridad media, minorías étnicas, etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 4).

En cuanto al Sistema de Servicios de Salud, en Chile cuenta con un régimen mixto, tanto en financiamiento como en prestación (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 4). Por el lado de la prestación de los servicios, existe la seguridad social y el sistema de seguros; de los cuales, los ciudadanos pueden elegir entre las dos modalidades (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 4-5). Ambas particularidades comparten el financiamiento del aporte obligatorio de los trabajadores asalariados; y adicionalmente, el seguro social recibe transferencias del Presupuesto de la Nación y todo está gestionado del por el Fondo Nacional de Salud. Mientras de la parte de los seguros, existen las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), que tienen ingresos de sus propios clientes (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 5). Sin embargo, todo el sistema, tanto público como privado, se encuentra vigilado por el Ministerio de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 5); considerando que el 80% de la población pertenece al sector público (Becerril-Montekio, Reyes, Manuel, 2011: párr. 13).



El Sistema de Salud chileno también se divide en niveles de atención, como en Ecuador; dentro del cual existen una red compuesta de centros de salud, hospitales de diversa complejidad, consultorios, etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 6). Y en cuanto a los recursos, por el lado del personal médico, existen médicos, técnicos, auxiliares, enfermeras, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 7).

Por el lado de los medicamentos, los chilenos para el 2002 contaban con una lista de 16,000 productos registrados, de los cuales el 14% es de venta directa (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 7). Los medicamentos son comprados en las farmacias privadas y representa el 89% del gasto total (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 7). A todo el Sistema, se le realiza un seguimiento y evaluación, en cuanto a proceso y a resultados que se reflejan en la población (Organización Panamericana de la Salud, 2002: 19-32).

Como se puede ver, el Sistema de Salud de Chile es bastante parecido al del Ecuador; inclusive en las enfermedades que afectan a la población. Sin embargo, aun se debe realizar un análisis más puntual; el mismo que se lo hará a continuación.

## **2. Plan Nacional de Salud 2011-2020.**

El Plan Nacional de Salud fue creado a partir de los Objetivos Sanitarios que se aplicaron entre el 2000 y 2010 (Gobierno de Chile, 2011: 6). Este plan cuenta con dos tipos de planificación: estratégica y operacional. En la primera, se habla de objetivos estratégicos y resultados esperados que se aplican a nivel de país; mientras que en la segunda se habla de un plan de trabajo anual y el presupuesto (Gobierno de Chile, 2011: 14).

En este plan, participaran directores, comisiones técnicas, ministerios, otras instituciones y participantes externos, como organismos internacionales (Gobierno de Chile, 2011: 15-16). Y los objetivos estratégicos que se han planeado son 9, los mismos que se enlistan a continuación (Gobierno de Chile, 2011: 17):

- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades no transmisibles
- Factores de riesgo
- Ciclo vital
- Determinantes sociales e inequidades en salud
- Ambiente, alimentos, salud de los trabajadores
- Fortalecimiento del sector salud
- Acceso, calidad de la atención, satisfacción usuaria
- Emergencias y desastres

Cada uno de estos objetivos, cuenta con puntos que se trataran con el fin de mejorar la salud de la población chilena; y que abarcan poblaciones, enfermedades, presupuesto, recursos, etc.

### 3. Estrategias.

El Ministerio de Salud de Chile, en su página oficial, muestra las líneas estratégicas de todo el sistema; las mismas que son cuatro (Ministerio de Salud, s.f.: párr. 1-5):

- Formulación del Plan Nacional de Salud: que sirve para fortalecer las competencias de la planificación estratégica
- Monitoreo y evaluación: para analizar los programas, acciones o intervenciones y alcanzar los objetivos sanitarios
- Planificación operativa: para coordinar, diseñar, monitorear y ejecutar el proceso de planificación.
- Enfoque de equidad: fortalecer las competencias y potenciar los resultados.

### 4. Programas.

Así como el Ministerio se ha encargado del Plan Nacional y de las estrategias, también proporciona información sobre los programas de salud del último periodo, 2018-2022 (Ministerio de Salud, 2018: párr. 1). Los programas se basan en los objetivos y las medidas que quieren cumplir como Cartera de Estado. A continuación, se presentan los mismos.

**Cuadro No. 17. Programas de Salud de Chile, 2018-2022**

Objetivo	Medidas
<b>Reducción de listas de espera</b>	Crear Registro Único de Pacientes en lista de espera a nivel nacional y fijar tiempos máximos de espera
	Implementar el Bono de Atención Tú Eliges, a través de un nuevo Semáforo de la Salud que alerte a los pacientes de sus retrasos en las atenciones
	Crear AUGES Mayor, para facilitar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud de los adultos mayores
	Mejorar los modelos de gestión, para incrementar las capacidades y eficacia del personal y equipos médicos
<b>Reforma a la salud primaria: consultorio y CESFAM modernos y resolutivos</b>	Fortalecer la atención primaria dándole mayor poder de resolución de los problemas de salud
	Creación de unidades médicas de especialidad de mayor déficit
	Nuevo Portal Ciudadano de Salud para toma de horas online y revisión de exámenes
	Implementar Ficha Clínica Online para todos los ciudadanos, accesible desde cualquier centro de salud y un Programa de Telemedicina
	Potenciar la participación comunitaria incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud
<b>Reformar el modelo de atención: salud digna y oportuna</b>	Creación de red de consultorio y centros de salud familiar de alta calidad
	Reorganizar la atención de salud
	Transformar la Subsecretaría de Redes Asistenciales en una entidad independiente, con un Directorio Nacional de Atención de Salud Pública
	Modernizar los servicios de Salud, incluyendo cambios a estructuras administrativas y gobiernos corporativos.
	Fortalecer el rol del Ministerio de Salud como ente rector de las políticas de salud, fortaleciendo las capacidades de planificación sanitaria.
	Fortalecer y extender el programa de vacunas

	Crear una Red Nacional de Urgencia y crear un Centro de Coordinación de Rescate en Línea
<b>Modernización de la infraestructura sanitaria</b>	Hospitales Públicos para el Siglo XXI: 30 nuevos hospitales con 7 mil camas.
	Impulsar 120 nuevos centros de salud primaria
	Retomar el programa "Mi hospital se pone a punto" y crear un nuevo denominado "Mi consultorio se pone a punto", para mejorar las instalaciones
	Modernizar FONASA desde la lógica de un fondo a una de seguro
	Impulsar una nueva gobernanza mediante un directorio técnico.
	Mejorar los métodos de pago ajustando por riesgo
	Modernización de la gestión
	Avanzar en la ampliación de las posibilidades de elección de los usuarios del FONASA
	Reformar gradualmente los esquemas de seguros para avanzar hacia un sistema que garantice asequibilidad, competencia, transparencia y libre afiliación
	Terminar con las discriminaciones en el acceso por edad, género o preexistencias
	Crear un sistema que estimule a independientes e informales a cotizar para salud
	avanzar a mediano plazo hacia un nuevo seguro social de salud
	Fortalecer el uso de la licencia médica electrónica y terminar con su uso fraudulento
<b>Rebaja el precio de medicamentos: más competencia y transparencia</b>	Introducir más competencias en la industria de laboratorios y farmacéutica y potenciar el uso de medicamentos genéricos
	Nuevo comparador online de precios
	Observatorio nacional e internacional de medicamentos y otros dispositivos médicos
	Nuevo canal directo de compras públicas y creación de unidad de importaciones directas en CENABAST
	Perfeccionarla ley Ricarte Soto redefiniendo el método de priorización.
<b>Bienestar y cultura de vida sana</b>	Revitalizar el programa Elige Vivir Sano para promover una cultura de vida sana a través de más ejercicios y mejor alimentación
	Implementar un Plan de Salud Oral
	Crear una canasta de prestaciones para adolescentes para detectar de manera temprana intentos suicidas y factores de riesgo de alcoholismo y drogadicción
	Ampliar las terapias de reproducción asistida y otros tratamientos de infertilidad
	Fortalecer los tratamientos de salud mental
	Constituir el Consejo Nacional de Cáncer.

Fuente: Ministerio de Salud de Chile

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver, las autoridades chilenas han realizado un trabajo extenso y exhaustivo para poder crear todos estos planes; todo con el fin de mejorar la salud de la población chilena.

Con todo el análisis de Chile, es evidente que la salud es un punto fuerte en el país y que, a pesar de que se encuentran en buenas condiciones, los esfuerzos por mejorar aún van en aumento, en pro de la población. Chile se convierte en un grana ejemplo de política de salud para los demás países de la región.

## **2.2.Cuba**

La “importación” de médicos cubanos al Ecuador se volvió relevante en los últimos años, con la idea de que en Cuba la medicina era más avanzada que en territorio nacional. Es por ello, que se le ha considerado como un país de referencia para el análisis de su política de salud; para lo cual se ha tomado en consideración la siguiente información:

- Perfil del Sistema de Salud de Cuba, 2001
- Ley No. 41: Ley de Salud Pública
- Sitio oficial Infomed
- Sitio oficial Mi País

De todos estos, a continuación, se describirá la información existente referente a la salud cubana.

### **1. Sistema Nacional de Salud.**

Cuando se habla de la salud cubana, se debe tener en cuenta que el Sistema Nacional de Salud (SNS), al igual que el de Ecuador, se divide en tres niveles de atención (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: i). Además de contar con la Constitución y la Ley de Salud Pública, las mismas que son las pautas para que se desarrollo el sector de la salud y el Estado pueda garantizar el acceso a este servicio a toda la población (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: 1).

El Sistema Nacional de Salud de Cuba fue analizado hasta el 2001, año en el cual se veía un crecimiento del personal médico capacitado, entre médico, enfermeras, radiólogos, etc., y también se tenía un control sobre los medicamentos nacionales que se podían prescribir (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: 7-8). Además, contaba con mas de 73 mil camas a nivel nacional y otros servicios como laboratorio clínico, banco de sangre, salas de parto, terapia intensiva, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: 8).

Para este Sistema, la autoridad rectora es el Ministerio de Salud Pública de Cuba y son ellos quienes, con la colaboración del Ministerio de Finanzas, elaboran el presupuesto para la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: 10). Dentro de los servicios que ofrece el Sistema, cuentan con: servicios de salud poblacional, servicios de atención individual, nivel de atención primario, nivel de atención secundario, calidad técnica y calidad percibida (Organización Panamericana de la Salud, 2001b: 11-14).

## **2. Ley de Salud Pública.**

Como sustento del Sistema Nacional de Salud, Cuba cuenta con la Ley de Salud Pública la misma que sirve para regular las relaciones sociales y que así, se pueda garantizar la salud, la prevención, rehabilitación y asistencia.

En la ley, y como ya se menciona anteriormente, se especifica que el Sistema de Salud tiene como rector al Ministerio de Salud Pública y será éste, quien organice el sistema, elabore el presupuesto, delimite los servicios que presta, elabora la información estadística, inspecciona actividades, normaliza el sistema, entre otras (Ministerio de Salud Pública, 1983: 43-45)

El documento, se divide en siete capítulos en los que se abarca ámbitos importantes como: disposiciones generales, la atención médica y social, la higiene y epidemiología, formación de los recursos humanos de la salud pública, de la práctica médica, de la ciencia y la técnica, y de la producción, distribución y comercialización de medicamentos, instrumental y equipos médicos (Ministerio de Salud Pública, 1983: 43-59).

En la segunda sección, se establece artículos desde la prevención de las enfermedades, pasando por cada uno de los ciclos de vida de la persona: infancia, adolescencia, adultez, tercera edad. Además de considerar la atención ambulatoria, los precedentes del paciente y las prestaciones gratuitas (Ministerio de Salud Pública, 1983: 45-51). En la tercera parte, se habla de la educación para la salud, prevención y control de enfermedades, control sanitario, nutrición y alimentos, higiene en el trabajo y en las escuelas, así como de los productos terapéuticos (Ministerio de Salud Pública, 1983: 51-53).

En la cuarta sección, se habla de los recursos humanos y de quienes son los encargados de la formación del personal y de posteriormente, contratar a las personas; así como del perfeccionamiento de las destrezas (Ministerio de Salud Pública, 1983: 53-56). En el quinto apartado, la práctica médica y de quienes son los que pueden ejercer dentro del territorio nacional, siempre y cuando, se cuente con el título de tercer nivel que certifique sus conocimientos (Ministerio de Salud Pública, 1983: 56-57).

La sexta parte, la ciencia y la técnica no se pueden dejar de lado ya que, a través de esto, es que se da respuesta a las necesidades de la población (Ministerio de Salud Pública, 1983: 56). En la sección siete, se habla de las medicinas y todo el proceso, desde la industria hasta el control nacional (Ministerio de Salud Pública, 1983: 58-59).

Como se puede ver, la ley sirve de guía para poder ir realizando las actividades que se relacionan directamente con el sector de la salud. Personal, insumos, y pacientes se amparan en esta ley y cada uno cuenta con sus deberes y derechos. A partir de esta ley, y con el análisis de todo el sector, se puede establecer los ejes y estrategias para los cubanos.

### **3. Ejes estratégicos.**

Con el análisis del sector realizado por la Organización Panamericana de la Salud y con la información de una página oficial de Cuba, denominada “Mi país”, en la cual se habla de varios sectores como educación, salud, cultura, religión, turismo, deporte, entre otros, se determina que para el país cuenta con cinco estrategias puntuales (Infomed, 2000: párr. 48-65): reorientación del sistema de Salud hacia la atención primaria, revitalización de la atención hospitalaria, reanimación del trabajo de los programas de tecnologías de punta, desarrollo de programas de medicamentos y medicina natural y atención priorizada a objetivos vitales del sistema.

Como ya se mencionó, el Sistema de Salud en Cuba se encuentra dividido en niveles de atención, considerando al primero como “un conjunto de servicios de promoción, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específico [...]” (Infomed, 2000: párr. 48). Es decir, es el inicio del Sistema, en donde el personal médico tiene mayor contacto con los pacientes en el sentido de que, el primer nivel de atención se encuentra en lugares más cercanos a la comunidad.

En el sitio oficial, Infomed (2000: párr. 54), se menciona que esta reorientación se hará en dos ejes: en el orden técnico, con el fin de dar más recursos y hacer más inversiones, y en la participación de la comunidad, a través del municipio y una red cubana.

En cuanto a los hospitales, hasta el año 2006, contaban con 243 unidades y 54.771 camas para asistencia médica (Mi país, 2018: párr. 8-9). Cuba ha realizado grandes esfuerzos por mejorar la cobertura y accesibilidad; y teniendo como resultado, por ejemplo, la disminución de urgencias e intervenciones quirúrgicas (Infomed, 2000: párr. 56). Es decir, se ha buscado una recuperación con el fin de aumentar la calidad.

La reanimación del trabajo en programas de tecnología tiene conexión con la atención del primer nivel, ya que se busca que desde ese nivel se tengan programas relacionados con el cáncer, con el corazón o con otras patologías (Infomed, 2000: párr. 60).

Los medicamentos también son un punto muy importante en la salud y Cuba los ha tomado en cuenta en su trabajo. La política con la que cuenta Cuba es que, el 80% de los 900 medicamentos que constan, de manera oficial, en las listas, sean producidos en el propio territorio; y así se ahorre entre 4 a 5 veces el costo de lo que se paga en el exterior (Infomed, 2000: párr. 61). Y además de la medicina convencional, se busca que la tradicional y natural se desarrolle también en el territorio en campos como: acupuntura, laserterapia, etc.; y con eso se pueda sustituir la medicina clásica por la tradicional (Infomed, 2000: párr. 62).

La atención priorizada en objetivos vitales del sistema se enfoca en tres ejes: estomatología, que tiene que ver con enfermedades bucales, servicios de óptica, en donde se reactive el servicio y se mejore la calidad de la población afectada, y el sistema integrado de la urgencia y la emergencia médica, para aumentar las acciones en salud y la accesibilidad a los servicios (Infomed, 2000: párr. 63-65).

#### 4. Programas de salud.

Por otro lado, en cuanto a los programas de salud, oficialmente presentan cuatro campos de acción: programa materno infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y atención al adulto mayor (Mi país, 2018b: párr. 1-12). A continuación, se detallará un poco más cada campo.

Según el sitio oficial, las mujeres y los niños han sido priorizados como grupos de riesgo (Mi país, 2018b: párr. 1); es por ello que existe el programa materno infantil, para poder ayudar tanto a la madre como al niño, desde la salud reproductiva de la mujer hasta un cáncer de cuello uterino (Infomed, 2000: párr. 67). Es importante tener en cuenta a este grupo de personas dado que, son los niños quienes serán el futuro del país y se espera que sean mejores que sus generaciones antecesoras. Los niños deben crecer en un ambiente con una buena salud y un acceso a la educación para su desarrollo físico y mental.

Como analiza el sitio oficial, Infomed, las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de muerte en Cuba (Infomed, 2000: párr. 68); entre las cuales se encuentran: problemas del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, diabetes, cirrosis, e hipertensión arterial (Infomed, 2000: párr. 68). Y para comprobar esta epidemiología, se tiene los siguientes datos que lo corroboran. En el cuadro No. 18 se muestra la transición

**Cuadro No.18. Tasas de mortalidad de las 10 principales causas de muerte en Cuba, 2000-2012.**

<b>Enfermedades</b>	<b>2000</b>	<b>2012</b>
Tumores malignos	146.8	200.3
Enfermedades del corazón	181.1	197.6
Enfermedades cerebrovasculares	72.8	79.0
Influenza y neumonía	51.3	48.8
Accidentes	44.3	42.6
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	21.0	30.0
Enfermedades de arterias y vasos capilares	33.0	23.4
Diabetes mellitus	13.3	19.6
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	16.5	13.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8.8	11.4

Fuente: De Souza y Fleitas

Elaboración: Cristina Almeida

Como se puede ver en el cuadro No.18, se puede ver las tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes; y a su vez, se puede ver como han cambiado las enfermedades. Para el 2012, Cuba había bajado su tasa de influenza y neumonía, pero aumento considerablemente, un 36.44% más, su tasa en tumores malignos.

Es por esto que las autoridades cubanas se han enfocado en las enfermedades crónicas no transmisibles, como una parte importante que debe ser controlada. Cada vez, se van desarrollando patologías más complejas y que se deben tratar. Al igual que en Ecuador, este cambio epidemiológico es visible y se lo debe seguir considerando como una prioridad nacional.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, lo que se busca es disminuir la morbilidad y los factores de riesgo; con el fin de evitar epidemias (Infomed, 2000: párr. 69). A través de vacunas, en Cuba ya se han eliminado ciertas enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, el tétanos, entre otras (Infomed, 2000: párr. 69). Pero aun existen enfermedades como el VIH/SIDA que siguen afectan a la población cubana y al mundo en general, y es un sector en el cual se debe trabajar aún muy fuerte.

El ultimo programa cubano, se enfoca en el adulto mayor. Según Infomed (2000: párr. 72), se requiere de una especialización en este grupo vulnerable dado que, se deben cubrir sus necesidades para elevar su calidad de vida hasta el final. Para ello, se ha desarrollado los ámbitos de Geriatria y Gerontología, que se especializan en las personas de la tercera edad. Y esto se basa en el hecho de que, según las proyecciones, para el 2025, el 21% de la población tengan más de 60 años de edad (Infomed, 2000: párr. 70).

Con toda esta información, se puede ver que Cuba está bastante organizada en su Sistema de Salud y que abarca a toda la población de su territorio. Además, de que estos esfuerzos se pueden corroborar con la esperanza de vida presentada en la primera parte del capítulo, en la cual Cuba ocupa los primeros lugares, es decir, la esperanza más alta, en relación a los demás países de la región; para ser exactos, 79.1 años en el 2015.

### ***2.3.Colombia***

Colombia es uno de los países más cercanos a Ecuador y se podría asumir que las características de la población son similares. Es por ello que se lo va a considerar en el análisis de su política pública de salud. Para el mencionado análisis, se considerará los siguientes documentos:

- Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad (PNMCS)
- Política Integral de Atención en Salud
- Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud
- Política de la primera infancia

Estos documentos, se describirán a continuación.

#### **1. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad.**

El país vecino cuenta con un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), que abarca el período 2016-2021. En este plan, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016: 9) se analizan los principales problemas en la calidad, que, como ejemplo, se tiene: “desarticulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud



(SOGC), debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes, deficiencias en la formación del talento humano en salud, etc.” En base a estos problemas, se elaboró un marco conceptual, un marco estratégico con objetivos, se determinó las responsabilidades de cada entidad que intervenga y se estableció un seguimiento y evaluación del Plan.

## **2. Modelo Integral de Atención en Salud.**

Pero en adición al mencionado Plan, cuentan con una política de Atención Integral en Salud la misma que también fue escrita en el 2016. El objetivo de la política se establece en base a la orientación del Sistema para que genere condiciones de salud mediante la regulación de los agentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 30). El documento de la mencionada política muestra: en la primera parte, el marco estratégico de la política; en la segunda parte el modelo como tal, y en la tercera parte se define la implementación y la evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 32).

En cuanto a la primera parte, se enfoca en: la Atención Primaria en Salud como una estrategia básica del funcionamiento del sistema, en el cuidado de la salud que se basa en las decisiones del individuo, en la Gestión Integral del Riesgo en Salud que es una estrategia de prevención y en un enfoque diferencial donde se identifican a las personas y a sus necesidades.

En la segunda parte, el modelo busca que se integren todos los componentes, considerando el bienestar de la población. Para ello, la autoridad competente tiene que liderar y orientar las acciones, poniendo como centro a las personas, su bienestar y desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 46).

Y en la tercera parte, la implementación y evaluación, basan sus competencias en tres ejes: “establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, progresividad y gradualidad en la implementación, y mecanismos de retroalimentación y planes de mejora” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 91)

El mencionado modelo, debe ser válido para todas las personas colombianas. De hecho, los discapacitados son un punto focal muy importante. Como menciona el propio Ministerio (2018: párr.3), la salud para la persona con discapacidad debe estar enfocado en la persona como tal, en su familia y en su entorno. Además de que las autoridades colombianas garantizan la salud de los discapacitados a través de la Ley de Salud ya que, son sujetos vulnerables y el Estado los debe amparar; considerando la definición que el Ministerio de Salud y Protección Social (2018: párr. 2) establece:

son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos.

### **3. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.**

Por otro lado, existe una Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. El documento está compuesto de dos capítulos en los que se habla de la política como tal y del contexto de la política. En la primera parte se identificaron dos tipos de problemas: los acumulados y los emergentes (Ministerio de Protección Social, 2005: 13). Como este plan fue escrito en el 2005, básicamente fue una base para tener un plan antes y después del nuevo sistema; de esto, resulta que los problemas acumulados son antes y los emergentes son después de la implementación del nuevo sistema. En la nueva parte, se presentaron problemas como: fragmentación de la prestación de servicios, no hay un sistema de información, no hay sistema de incentivos, desequilibrio entre oferta y demanda de servicios (Ministerio de Protección Social, 2005: 16).

Adicionalmente, esta política se basó en tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia (Ministerio de Protección Social, 2005: 19). A cada uno de estos ejes, se les estableció estrategias y líneas de acción; de lo cual, resultó en un total de 11 estrategias.

En la segunda parte de la política, se hace un análisis de como se encuentra la población en ese momento en cuanto a pobreza, educación, desempleo y el sector de la salud en general, incluyendo el gasto y las enfermedades que afectan a la población colombiana. Además de analizar las instituciones que prestan servicios de salud a la población y como se encuentran distribuidas en niveles de atención.

### **4. Política de la primera infancia.**

Como una política final a ser analizada, Colombia cuenta con la política de primera infancia; la misma que tuvo origen en el 2002 y se amplió en el 2004 (Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, 2008: 38). Esta política tuvo su fundamento en la idea de que los “niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos [...]” (Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, 2008: 37).

Con la creación de esta política, se buscaba “garantizar el ejercicio de los derechos de los niños y niñas menores de 6 años, relevante para el desarrollo de la primera infancia e indispensable para elevar su calidad de vida” (Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, 2008: 39). Con esto, el niño es un sujeto que tiene derechos y que es parte de una sociedad; y por ende, tiene el acceso a la protección de su vida e integridad.

Con esta ultima política, de la infancia, básicamente se está cubriendo la salud infantil. Y esta salud infantil se convierte en una prioridad, que se establece en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Ministerio de Protección Social, 2007: 17); junto con 9 puntos más: salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición, seguridad sanitaria, seguridad en el trabajo, gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan (Ministerio de Protección Social, 2007: 17).

Al igual que los otros países, Colombia también tiene sus propios propósitos y esfuerzos que deben encaminarse al bienestar de la población. El Plan Nacional es una buena guía para que

las autoridades lleven al sector por un mejor camino; y al medir la esperanza de vida, como lo hace la Organización Mundial de la Salud, Colombia se encuentre mejor posicionado. Es decir, que el hecho de vivir en Colombia entregue una calidad de vida más alta a sus habitantes.

## ***2.4. Programas de Ecuador***

Todo lo que se refiere a la política pública de Ecuador, ya fue previamente analizada en el capítulo uno. En este apartado se analizará los programas que las autoridades han creado con la finalidad de, posteriormente, poder comparar con los demás países.

En la página oficial del Ministerio de Salud del Ecuador, en el apartado de programas, se enlistan los siguientes:

- Programa de Control de los Desórdenes por deficiencia de Yodo
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/SIDA-ITS
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)
- Atención integral por ciclos de vida
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA)
- Programa Nacional de Sangre

De estos programas, se va a describir algunos a continuación.

### **1. Programa de Control de los Desórdenes por deficiencia de Yodo.**

El Ministerio de Salud indica que el objetivo de este programa es “proteger a la población de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo-DDI, mediante el aseguramiento de la calidad de la sal para el consumo humano [...]” (Ministerio de Salud Pública, 2001: párr. 1). Dentro del programa se han establecido normas como que la sal de expendio debe tener más de 15 ppm en el 99% de las muestras recolectadas (Ministerio de Salud Pública, 2001: párr. 2). Y para el 2012, se redujo en 2% la sal importada (Ministerio de Salud Pública, 2001: párr. 13).

Como conclusiones de la evaluación externa, se puede decir que existe un control de las deficiencias de yodo y por ende, el programa ha sido exitoso (Ministerio de Salud Pública, 2001: párr. 14-15).

A pesar de que el yodo no entra en ninguna categoría de las principales causas de muerte de Ecuador, es importante porque el cuerpo humano debe mantener ciertos niveles para completar todos los nutrientes requeridos. Es por ello que las autoridades se han enfocado en este sector también.

### **2. Programa Ampliado de Inmunizaciones.**

El Ministerio de Salud Pública establece el objetivo del programa: “contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación” (Ministerio

de Salud Pública, 2009: párr. 6). Este programa se encuentra enfocado a los niños y niñas ecuatorianos, en el cual se usan vacunas para inmunizarlos. Con esto, se busca eliminar y erradicar enfermedades inmunoprevenibles (Ministerio de Salud Pública, 2009: párr. 8).

En los últimos años se han introducido más tipos de vacunas y los resultados que se tienen son (Ministerio de Salud Pública, 2009: párr. 11): 8 años sin fiebre amarilla, 18 años sin poliomielitis y poliomieltis, 12 años sin sarampión, 4 años sin rubéola, menos casos de tosferina, ausencia de difteria, eliminación del TNN, disminución de la neumonía, y fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica.

En la etapa de la infancia, es cuando se debe actuar para prevenir futuras enfermedades. Es por ello, que en Ecuador y en otros países, los niños y niñas se convierten en un grupo prioritario para la salud pública y se crean programas para protegerlos antes y después de su nacimiento.

### **3. Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/SIDA-ITS.**

El VIH/SIDA es una enfermedad que afecta a muchas personas, tanto ecuatorianas como a nivel mundial. Es por ello, que el Ministerio de Salud establece el siguiente objetivo: “disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por SIDA” (Ministerio de Salud Pública, 2012b: párr. 1). De este gran objetivo, se despliegan otros objetivos específicos como: promoción y prevención, diagnóstico oportuno, información estratégica, gobernabilidad y la participación ciudadana (Ministerio de Salud Pública, 2012b: párr. 2-6).

Las personas afectadas por VIH/SIDA, generalmente, son discriminadas por la sociedad al creer que la enfermedad es contagiosa como un virus. Sin embargo, se busca que estas personas infectadas, se integren en la sociedad como las demás; para que puedan seguir con su vida y sus actividades normales.

Es por ello que los esfuerzos de las autoridades se dirigen a este grupo vulnerable y tratar de controlar la enfermedad, de integrar a los infectados, pero también informar a la ciudadanía como se puede prevenir; para evitar más contagios y, por ende, muertes.

### **4. Programa Nacional de Sangre.**

El Ministerio de Salud es quien tiene el control sobre los servicios de sangre públicos y privados; y es la autoridad que garantiza el derecho al acceso (Ministerio de Salud Pública, 2014c: párr. 1). Y, de hecho, este programa se encuentra dentro del Modelo de Atención Integral de salud (MAIS) para mejorar la salud integral y tener un acceso gratuito a servicios de sangre (Ministerio de Salud Pública, 2014c: párr. 3).

La sangre, y por ende, las transfusiones sanguíneas, son fundamentales en el sistema de salud ya que, en muchas de las patologías como accidentes de tránsito, traumatismo, mortalidad de los lactantes, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2014c: párr. 4). Y lamentablemente, aún no existe la tecnología para fabricar sangre de manera artificial.

Dentro de este programa, existe el Plan Nacional de Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre, en el cual la persona, de manera voluntaria, decide entregar un poco de su sangre a las autoridades (Ministerio de Salud Pública, 2014c: párr. 24); y de esta manera se va creando la cultura de la donación. Para la donación, la Organización Mundial de la Salud, citado por el Ministerio de Salud, establece que se necesita un mínimo de 2% de población voluntaria y un óptimo de 5%, para tener autosuficiencia nacional (Ministerio de Salud Pública, 2014c: párr. 26).

La sangre es un componente fundamental dentro de la salud. Y es más valiosa por el hecho de que no se puede crear en un laboratorio. Es por ello que las personas deben hacer costumbre de la donación, teniendo en cuenta que ésta se regenera en el cuerpo y que, de igual manera, se limpia el cuerpo al hacer sangre nueva.

### ***2.5.Lineamientos vs. Políticas***

Luego de detallar las políticas y programas de tres países de la región: Chile, Cuba y Colombia, así como todo lo referente a Ecuador, se puede ver que es lo que realmente se ha hecho. Es decir, en base a tres criterios que se tomaran: cobertura universal, infraestructura y epidemiología, que es lo que cada país ha hecho.

En cuanto a Chile, en sus programas se enfocan en los tres criterios mencionados. Para la cobertura universal de la salud, el país ya cuenta con la diversificación del sistema en base a niveles de atención para cubrir de manera más eficiente y oportuna la salud de toda la población, atendiendo en base a la complejidad de la enfermedad. Adicionalmente, para mejorar el acceso, van a tratar de cumplir con el objetivo de la “reducción de las listas de espera” (Ministerio de Salud, 2018: párr. 8-11). Con la reducción de los tiempos de espera, el semáforo de salud, la atención prioritaria al adulto mayor y mejorar los modelos de gestión, Chile espera que la cobertura llegue a más personas y de manera más eficiente.

Para mejorar aún más el sistema, la reforma a la salud primaria y al modelo de atención (Ministerio de Salud, 2018: párr. 12-23), hace que los esfuerzos se enfoquen en el hecho de que, por ejemplo, el primer nivel de atención tenga una mejor resolución de los problemas que afectan a la población; considerando una mayor especialización en temas de salud por parte del personal. Además, con la idea de la toma de turnos a través de un portal web, se agilizaría el proceso sin tener que hacer que las personas se muevan de su lugar de residencia.

Otra característica importante que se debe considerar es la Ficha Clínica Online, para que la persona pueda ser atendida en cualquier centro o casa de salud, a nivel nacional. Y de la mano de estas reformas, existe un cambio en toda la estructura administrativa y de gobierno. Así como el Ministerio de Salud también tendrá que hacer sus esfuerzos para mejorar la planificación sanitaria.

Y considerando que el acceso a salud, también incluye la parte de los medicamentos; Chile ha considerado este punto a través del objetivo “Rebaja del precio de los medicamentos: más competencia y transparencia” (Ministerio de Salud, 2018: párr. 37-41). La promoción de uso

de medicamentos genéricos haría que los precios bajarán y que las personas tuvieran más acceso a las medicinas que requieran para sus tratamientos. Y en el caso de que sea el Estado quien proporcione los mismos, la idea de un canal directo de compras públicas con un observatorio nacional de medicamentos, ayudarían a que las casas farmacéuticas no hagan de la salud un negocio.

La cobertura de Chile es bastante amplia; y si se la compara con Ecuador, o específicamente con la del Hospital Eugenio Espejo, se puede decir lo siguiente.

Ecuador, al igual que Chile, tiene su sistema de salud dividido en niveles, lo que facilita la priorización de los problemas de salud. Es decir, en ese aspecto son iguales. Los esfuerzos por reducir los tiempos de espera también han sido tratados con la toma de turnos a través del teléfono; es decir, se llama a pedir una cita. Y aún que todavía existe congestión en el sistema, la calidad del servicio es mejor dado que en años pasados, los pacientes tenían que madrugar y dormir afuera del hospital para acceder al turno.

Pero una idea que se puede tomar de Chile es el semáforo de la salud. La idea se basa en que el propio sistema informa al paciente que existen retrasos en las atenciones y le asigne un nuevo lugar para ser atendido; con la finalidad de que no acuda en vano. Es decir, para evitar que exista un flujo grande de personas que lleguen a la casa de salud y que, por alguna razón, no puedan ser atendidos.

En cuanto a los medicamentos, el Ministerio de Salud Pública cuenta, al igual que Chile, con una lista larga, tanto del compuesto activo como de la presentación del medicamento, con el fin de controlar lo que existe y se expende en el país. Adicionalmente, existen medicamentos que solo se pueden expender con receta médica. Es decir, es este punto ambos países concuerdan.

El Hospital Eugenio Espejo entrega los medicamentos, de manera gratuita, a los pacientes. Sin embargo, una idea que se puede tomar de Chile, y que el Hospital podría implementar, es que, exista “el comprador de precios online” en el cual, el paciente puede ver donde acceder a los medicamentos que requiera, más baratos y también los que son genéricos; en el caso de que la casa de salud no disponga de lo requerido.

Chile también se ha enfocado en la infraestructura de todo su sistema, y su objetivo es “modernizar la infraestructura sanitaria” (Ministerio de Salud, 2018: párr. 24-36). Dentro de este objetivo, existen trece metas, que en resumen se enmarca en la creación de nuevos hospitales con más camas, nuevos centros de salud, cambiar el esquema de los seguros de salud, nueva gobernanza con un directorio técnico, entre otros.

En cuanto a la infraestructura, el Ecuador también ha hecho grandes esfuerzos por mejorar lo que ya existía y construir más en donde faltaba. Es por esto, que tanto Chile como Ecuador, han puesto sus esfuerzos en la modernización para poder responder de manera más rápida al cambio epidemiológico que existe a nivel mundial.

El tercer criterio, del cambio epidemiológico, está ligado a la infraestructura; pero Chile ha puesto énfasis en otros puntos. Además de promover la vacunación, se enfocan en la prevención de enfermedades a través de programas como: Elige vivir sano, Plan de Salud Oral o la detección de adicciones de manera oportuna para evitar complejidades.

Pero como ya se vio en los capítulos anteriores, también se prioriza enfermedades como el cáncer; y para ello Chile piensa construir el Consejo Nacional de Cáncer. También se enfoca en los problemas de salud mental y piensa fortalecer los tratamientos; así como los que se refieran a la infertilidad.

En Ecuador, como se mostró en el apartado anterior, existe un Plan Ampliado de Inmunizaciones que cubre la parte de la vacunación y se han mejorado los esfuerzos por atender a los pacientes con cáncer, tanto en el Hospital como en centros especializados (SOLCA). Sin embargo, una idea de prevención que se podría tomar es la del Plan de Salud Oral, ya que en Ecuador no se ha realizado uno. Y el Hospital podría ayudar dado que es un lugar de amplia concurrencia de gente, a la que se le puede educar en la prevención de enfermedades; en este caso, de la boca. Pero no se debe olvidar otros ámbitos de prevención, como el uso de anticonceptivos; y Ecuador ya lo tiene.

Cuba fue otro de los países analizados y con el cual se le puede comparar a Ecuador, en cuanto a las actividades realizadas por el mejoramiento de la salud. De igual manera, se analizarán los tres criterios: cobertura universal, infraestructura y cambio epidemiológico. Para iniciar, Cuba, al igual que Ecuador, se encuentra dividido en niveles de atención y cuenta con una Ley de Salud Pública.

En base a los problemas que presenta Cuba, han establecido cinco ejes, como se indicó en sus análisis. En cuanto a cobertura, han enfocado sus esfuerzos en: la reorientación del sistema a la atención primaria, han desarrollado programas de medicamentos y medicina natural y buscan la atención priorizada a objetivos vitales del sistema. Es decir, han tratado de dotar al sistema las herramientas, para que la cobertura mejore. Como se vio en Chile y en Ecuador, la división en base a niveles, ayuda a que se diversifique la atención y se pueda cubrir a mayor población. Y al entregarles los medicamentos a las personas también es importante.

Sin embargo, sobre Cuba se puede tomar la idea de que la mayoría de la producción de los medicamentos debe ser elaborada a nivel nacional para que se potencie a la industria y se disminuyan los costos, evitando la importación de los mismos. A nivel de Ecuador, y más aun de Hospital, se debería fomentar el consumo local para poder entregar la medicina a los pacientes y que se lo pueda hacer a un menor costo o mejor aún, sin costo.

Otro punto que se puede tomar de Cuba, es el hecho de que la medicina tradicional es parte del sistema y se la debe tomar en cuenta. Es decir, se le da al paciente la posibilidad de elegir entre lo tradicional o lo convencional, para que mejore su salud, y a su vez, mejore su bienestar en general.

Por otro lado, Cuba también ha hecho esfuerzos por revitalizar la atención hospitalaria; por medio de la construcción de hospitales. Así como Ecuador y como Chile, los tres países entienden que la mejora de la salud va de la mano de la infraestructura disponible para dar una atención de calidad a la población. Es por ello, que lo realizado por los tres países es igual y ha dado buenos resultados.

En cuanto al cambio epidemiológico, en Cuba, existe el eje en el que se trabaja con tecnología de punta, para poder detectar, desde el primer nivel de atención, los problemas de salud que afectan a la sociedad. Es decir, no se tiene que esperar a llegar al tercer nivel de atención para identificar una afectación compleja. Los centros de salud cubanos se encuentran dotados de la tecnología para hacer los exámenes de las enfermedades y poder dirigir a los pacientes a la casa de salud que le corresponda.

Además, existen programas cubanos en los que se enfrenta a las enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles. En cuanto a las primeras, Cuba al igual que Ecuador, presentan causas de muerte que hacen referencia a afectaciones del corazón, del cerebro, en el caso de los hombres, la próstata, y en el caso de las mujeres, el útero. Sin embargo, Cuba al contar con un programa específico para esto, puede tanto prevenir como controlar y evitar que sigan creciendo las tasas de mortalidad.

En Ecuador, en cuanto a la tecnología, podría tomar como ejemplo esto. En los centros de salud, se podría implementar la tecnología y el personal capacitado para detectar enfermedades y dirigir a los hospitales de tercer nivel, como el Eugenio Espejo. Es decir, enfocar al Hospital, aún más, en las enfermedades complejas que afectan actualmente a las personas. Por otro lado, también el Hospital podría tener un programa enfocado a estas enfermedades no transmisibles que son las de mayor complejidad y es para estas, para las que está capacitado.

Una tercera opción de comparación, se encuentra Colombia. Como ya se dijo en el análisis de este país, en el índice de esperanza de vida, se encuentra por debajo de Ecuador. Pero se puede ver las ideas que presentan las autoridades para mejorar la salud.

Como se mostró en el análisis, Colombia cuenta con un Plan Nacional y con un Modelo Integral de Atención en Salud. Estos dos elementos son parte de una política ecuatoriana, también. A fin de cuentas, estos documentos son una especie de guía para las autoridades, para que puedan saber el camino y poder mejorar todo el sistema, en beneficio de la población. En este aspecto, ambos países están igual.

En cuanto a los tres aspectos, cobertura universal, infraestructura y cambio epidemiológico, lamentablemente la información disponible para Colombia no es suficiente, como en Cuba o Chile, como para poder analizarlo de manera más profundo. Este es un punto en el cual Ecuador es más fuerte que Colombia ya que, el país tiene más programas enfocados en diferentes ámbitos de la salud.



### **3. Conclusión**

La Organización Mundial de la Salud establece ciertos parámetros sobre los cuales, cada autoridad nacional de salud, hace el seguimiento a su sistema; para poder ver los avances y mejoras y seguir proponiendo planes o proyectos que mejoren la salud de la población.

A pesar de que algunos de los indicadores sean muy debatidos, dado que la salud depende de otros factores indirectos, tiene que existir alguna manera de medir el trabajo de en el ámbito de la salud; y por ello la Organización Mundial de la Salud establece varios, como la esperanza de vida. Pero detrás de la esperanza de vida están todas las políticas, que, tanto en Ecuador como en otros países, se han creado y se seguirán estableciendo en beneficio de la población.

Chile es uno de los países que mejor se encuentra en esperanza de vida, el mejor de Sudamérica. Y como su política lo muestra, los esfuerzos están en varios ámbitos, relacionados con el control y también con la prevención. La estructura de Chile es muy parecida a la de Ecuador y es por ello que se podrían tomar algunos ejemplos para ser aplicados en el país.

En cuanto a Cuba, también presenta grandes avances en salud. Y de igual manera, la estructura es parecida a la de Ecuador. Su política pública se encuentra enfocada sus ejes y estrategias para sacar el sector adelante. Además de que, a nivel de esperanza de vida, está en quinto puesto a nivel de toda América.

Por su parte, Colombia presenta mayores deficiencias en su salud. Aún que tiene planes y leyes que cubren las actividades de las autoridades, parece que, por los indicadores, todavía tiene un largo trabajo que hacer. De hecho, Colombia se encuentra debajo de Ecuador en esperanza de vida; a pesar de que los países son vecinos.

Las ideas de Ecuador son bastante enfocadas en sectores vulnerables y se deben seguir fortaleciendo para dar una buena calidad de salud a los ecuatorianos; tanto en el control como en la prevención de enfermedades. Y así también, la población debe ayudar a cumplir las metas, aplicando las recomendaciones de las autoridades y acudiendo a los programas.

## *Conclusiones*

El sector de la salud, en cualquier parte del mundo, es una parte prioritaria y fundamental para el desarrollo de las capacidades de las personas, desde la infancia hasta la vejez. Y con esta idea, las autoridades empiezan a trabajar en beneficio de las diferentes poblaciones mundiales para mejorar, cada vez más, la calidad de la salud y el acceso gratuito a la misma.

Cualquier país que se analice, se encuentra que la Organización Mundial de la Salud es la que rige y da las pautas para las políticas nacionales. Y a partir de estos planes mundiales, cada autoridad va creando sus propias políticas; adaptándolas a las necesidades de su población y a los recursos disponibles.

Además, se ha llegado a ver que existen parámetros fundamentales que se deben considerar como: los medicamentos, el personal médico, la infraestructura disponible, pero sobre todo, la transición epidemiológica que vive el Ecuador y el mundo en general. Como ya se dijo, las enfermedades se van desarrollando poco a poco, y las investigaciones para curarlas también tienen que ir a la par; para evitar muertes en las personas.

El hecho de dividir al Sistema de Salud en niveles, ayuda a la desconcentración de las atenciones y a dar un mejor servicio a todos. Esto ha evitado muchos malestares en la población ecuatoriana; a pesar de que todavía existen deficiencias en el Sistema, pero poco a poco se las debería ir mejorando.

El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, un hospital de tercer nivel, actualmente debe enfocarse en controlar enfermedades complejas como el cáncer o la diabetes; enfocando sus recursos e infraestructura en las personas que lo necesitan y respondiendo a los cambios epidemiológicos que sufren los ecuatorianos con el pasar de los años. Es por esto, que la repotenciación de esta casa de salud ha sido una gran idea para mejorar el acceso a una buena calidad de salud y a mejores servicios; haciendo que más personas sean atendidas, tanto en consultas como en cirugías.

Además de que, se cambió la infraestructura y se mejoró los equipos, el personal capacitado también tiene que estar al día en cuanto a capacitaciones de nuevas técnicas, métodos, ideas o enfermedades. Y para todas estas actividades, el presupuesto es fundamental. Como se vio, el presupuesto ha aumentado y el destino del mismo ha sido para el mejoramiento de toda la casa de salud.

Y así como en Ecuador existen esfuerzos por mejorar el sistema, si se lo compara con otros países de la región, se puede ver que todos tienen ideas parecidas con metas que buscan satisfacer las necesidades de la población. Es claro que cada territorio es diferente, en su demografía, política, administración, etc.; pero el objetivo final es el mismo para todos: dar una salud gratuita y de calidad a los ciudadanos.

A pesar de que no existe una receta para poder tener el mejor Sistema de Salud del mundo, si se pueden tener ideas renovadas que impulsen la salud y lleven al mejoramiento de cada país; considerando que cada persona es diferente y responderán de diversas maneras, tanto a las enfermedades como a los planes de las autoridades por controlar o prevenir las mismas.

## ***Recomendaciones***

- Actualizar los planes de salud del Ecuador para evitar el retraso del Sistema en la respuesta a los cambios epidemiológicos; entregando a los ciudadanos una calidad de salud de alto nivel, que sea accesible y gratuita.
- Enfocar los esfuerzos en las patologías que sean de mayor complejidad, para controlarlas y evitar que la morbilidad de las personas crezca hacia éstas.
- Incentivar a las personas a participar en los programas y proyectos de las autoridades, para que la educación en salud aumente.
- Cuidar las instalaciones del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, dado que es un referente nacional, y a esta casa de salud acuden miles de personas de todo el país para ser atendidas. Se debe mantener la infraestructura y los equipos actualizados.
- Tomar políticas de otros países, como ejemplo para el Ecuador, para mejorar las ideas actuales, o a su vez, crear nuevas políticas que se enfoquen en otros sectores vulnerables o que puedan ser prioridad para las autoridades.

## *Referencias bibliográficas*

- Álvarez Alva, Rafael, & Kuri-Morales, Pablo (2012) Salud pública y medicina preventiva (4a. ed.). México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Andes (2016) El Hospital Eugenio Espejo de Quito luce completamente renovado y listo para atender en 37 especialidades. Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/hospital-eugenio-espejo-quito-luce-completamente-renovado-listo-atender-37-especialidades>
- Arias, Lizbeth (2015) Análisis de las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud Pública a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer para las prestaciones de salud oncológicas en relación con su producción. Período 2008-2013. (Disertación de Economía, publicada) Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9288/Arias%20Tatiana\\_Tesis\\_2015May25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9288/Arias%20Tatiana_Tesis_2015May25.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Asamblea Constituyente (2008) Constitución de la República del Ecuador. Registro oficial #499. Montecristi, Manabí, Ecuador. Recuperado de: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Asamblea Nacional (2010) Ley Orgánica del Servicio Público. Registro Oficial Suplemento 294. Recuperado de: [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic5\\_ecu\\_ane\\_mdt\\_4.3\\_ley\\_org\\_ser\\_p%C3%BAb.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic5_ecu_ane_mdt_4.3_ley_org_ser_p%C3%BAb.pdf)
- Bautista, Inmaculada (2013) Salud, dependencia y vulnerabilidad social. Grado en Trabajo Social. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. España.
- Banco Central del Ecuador (2017) Oferta y utilización de bienes y servicios. Información Estadística Mensual No. 1988 – Octubre 2017. Recuperado de: <https://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>
- Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios y Manuel, Annick (2011) Sistema de salud de Chile. Artículo de revisión. Revista Salud pública de México. Volúmen 53. Cuernavaca, México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009)
- Birn, Anne-Emanuelle, Pillay, Yogan & Holtz, Timothy (2009) Health Economics and the Economics of Health. Textbook of International Health : Global Health in a Dynamic World. New York, US: Oxford University Press. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Cabanellas de Torres, Guillermo (2008) Diccionario jurídico elemental. 19ª ed. Editorial Heliasta. Buenos Aires, Argentina. ISBN: 978-950-885-083-6.

- Cárdenas, María (2013) Incidencia de los incentivos económicos en la disminución de la mortalidad y morbilidad por tuberculosis en Ecuador. (Disertación de Economía, publicada) Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10326/TESIS-PUCE-%20Cárdenas%20Chávez%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo, María Guadalupe; Hernández, Venancio, & Rosales, Teresa (2010) Introducción a la salud pública. México, D.F., MX: Instituto Politécnico Nacional. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Cobo Jaramillo, Roberto Antonio (2011) Mejoramiento de la salud según la gestión y administración hospitalaria en el hospital Carlos Andrade Marín. Disertación previa a la obtención del título de economista. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3610/T-PUCE-3620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Collazo, Manuel; Cárdenas, Justo; González, Roxana; Miyar, Rolando; Gálvez, Ana María y Cosme, Jorge (2002) La Economía de la Salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v12n5/14098.pdf>
- Congreso Nacional (2006) Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423. Recuperado de: [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)
- Corella, José María (2014) Alcance de un producto de inversión. Cómo preparar estudios de inversión en el sector sanitario. Madrid, ES: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Correa, Rafael (2016) Entrega de la repotenciación del Hospital Eugenio Espejo. Recuperado de: <http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/09/2016.09.07-ENTREGA-DE-LA-REPOTENCIACIÓN-DEL-HOSPITAL-EUGENIO-ESPEJO.pdf>
- Cueto, Marcos. & Zamora, Víctor (2013) Historia, salud y globalización. Lima, PE: IEP Ediciones. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Deaton, Angus (2015) El Gran Escape: Salud, riqueza y orígenes de la desigualdad. Fondo de Cultura Económica. México D.F., México.
- De la Cueva, Indalecio, Hidalgo, Álvaro, y Del Llano, Juan (2000) Economía de la salud. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=1064>
- De Souza, Edvânia Ângela y Fleitas, Reina (2014) La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. Revista Kataysis, Florianópolis. Volumen 17. Páginas 207-211. Brasil. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjphdrZn-jbAhVE7FMKHUxFAKsQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5663880.pdf&usg=AOvVaw1EwHi8WFTu6ncNZK85fYzK>

- Dever, Alan (1991) Epidemiología y administración de los servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Aspen Publishers. Maryland, Estados Unidos.
- Dye, Thomas R. (2008): "Understanding Public Policies", 12th Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey
- Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" (2008) Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Universidad de Antioquia. Colombia. Recuperado de: [http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas\\_publicas\\_en\\_salud\\_aproximacion\\_a\\_un\\_analisis.pdf](http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf)
- Fleury, Sonia (2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Servicios de salud en América Latina. Washington, US: Inter-American Development Bank. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Flores, Maiqui (2010) Estándares para la planificación y evaluación de hospitales. Venezuela 2010. Recuperado de: <http://maiquiflores.over-blog.es/article-estandares-para-la-planificacion-y-evaluacion-de-hospitales-venezuela-2010-54362145.html>
- Frenk, J (2016) La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México, D.F., MÉXICO: FCE - Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Fundación Politécnico Grancolombiano (2009) ¿La salud desembotellada? El sector, un reto de políticas públicas. Foro Paipa 2008. Bogotá, CO: Editorial Politécnico Grancolombiano. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Gálvez, Ana María (2003) Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Revista Cubana de Salud Pública. Escuela Nacional de la Salud Pública. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011)
- García Máynez, Eduardo (2006) Introducción al estudio del derecho. Ed. 59°. México D.F., México. Editorial Porrúa. ISBN 970-07-6597-0.
- Gimeno, Juan, Rubio, Santiago, y Tamayo Pedro, Ed. (2005) Economía de la Salud: Fundamentos. Editorial Díaz de Santos.
- Gobierno de Chile (2011) Plan Nacional de Salud 2011-2020 para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios. Chile. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjZ8Krcq-bAhWH7FMKHeFrC-IQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.u-cursos.cl%2Fina%2F2011%2F1%2FEMGP04%2F5%2Fmaterial\\_docente%2Fbajar%3Fid\\_material%3D579395&usg=AOvVaw17eUOkRb3mFQ3gbPhMdTg7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjZ8Krcq-bAhWH7FMKHeFrC-IQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.u-cursos.cl%2Fina%2F2011%2F1%2FEMGP04%2F5%2Fmaterial_docente%2Fbajar%3Fid_material%3D579395&usg=AOvVaw17eUOkRb3mFQ3gbPhMdTg7)
- Grossman, Michael (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. The Journal of Political Economy, Vol. 80. Pp 223-255. Recuperado de:

[http://economics.sas.upenn.edu/~hfang/teaching/socialinsurance/readings/Grossman72\(3.1\).pdf](http://economics.sas.upenn.edu/~hfang/teaching/socialinsurance/readings/Grossman72(3.1).pdf)

Hernández, Mauricio y Lazcano, Pedro, Ed. (2013) Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Editorial El Manual Moderno. Bogotá, Colombia.

Hernández Sampieri, Roberto (2014) Metodología de la Investigación. Sexta Edición. McGRAW-HILL. Interamericana Editores S.A. México. ISBN: 978-1-4562-2396-0

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (2013) Historia. Recuperado de: <http://hee.gob.ec/historia/>

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (2013b) Misión y visión. Recuperado de: <http://hee.gob.ec/mision-y-vision/>

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (2016) Indicadores hospitalarios. Recuperado de: <http://hee.gob.ec/indicadores-hospitalarios-2/>

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (2018) Ejecución del presupuesto por grupos dinámicos, año 2016. Departamento Financiero del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”. Quito-Ecuador.

Hsiao, William y Liu, Yuanli (2001) Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity. Part IV: Building Efficient, Equitable Health Care Systems. Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action. Editado por: Evans, Timothy; Whitehead, Margaret; Diderichsen, Fin. Cary, US: Oxford University Press. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Infomed (2000) Sistema de Salud. Red de Salud de Cuba, Sitio oficial. Cuba. Recuperado de: [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estrategias.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) Resultados del Censo 2010. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGHUR) 2011-2012. Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Encuesta\\_Nac\\_Ingresos\\_Gastos\\_Hogares\\_Urb\\_Rur\\_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Nac_Ingresos_Gastos_Hogares_Urb_Rur_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2016) Recursos y actividades de Salud 2015. Actividades y Recursos de Salud. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2016) Anuario de Estadísticas de Salud: Camas y Egresos. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2017) Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->



[inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2016/Presentacion\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2016.pdf](http://inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf)

John, Seavey., Grath, Robert, & Aytur, Semra (2014) Health Policy Analysis : Framework and Tools for Success. New York, US: Springer Publishing Company. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Júarez, Gloria de la Luz, & Sánchez Daza, Alfredo (2006) Transformaciones en el estado de bienestar. México, D.F., MX: Red Análisis Económico. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Lalonde, Marc (1994) A New perspective on the Health of Canadians: a working document. Minister of Supply and Services Canada. Recuperado de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Lemus, Jorge Daniel, Aragües y Oroz, Valentín, & Lucioni, María Carmen (2009) Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud. Buenos Aires, AR: Corpus Editorial. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Lista de Ricos (s.f.) Los 10 Mejores Sistemas de Salud del Mundo. Recuperado de: <http://listadericos.com/gallery/los-10-mejores-sistemas-de-salud-del-mundo/9/>

Llambías Wolff, Jaime. (Ed.) (2015) La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas. Santiago de Chile, CL: Ril editores. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Lourrido, Mariola (2017) Las conductoras sufren la mitad de los accidentes y menos graves que los hombres. Cadena SER. Sección Sociedad, tráfico. Recuperado de: [http://cadenaser.com/ser/2017/05/28/sociedad/1495969158\\_788274.html](http://cadenaser.com/ser/2017/05/28/sociedad/1495969158_788274.html)

Mayo Clinic (2018) Enfermedad cardíaca. Enfermedades y afecciones. Atención al Paciente e Información Sobre Salud. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118>

Mi país (2018) Salud. Sitio oficial de Cuba. Cuba. Recuperado de: <http://mipais.cuba.cu/cat.php?idcat=5&idpadre=0&nivel=1>

Ministerio de Finanzas (2015) Proforma Presupuesto General del Estado 2016. Recuperado de: <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/04/Resumen-Ejecutivo-Justificativo-de-Ingresos-y-Gastos-Proforma-Presupuestaria-2016.pdf>

Ministerio de Finanzas (2018) Presupuesto histórico del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, 2008-2015. Quito-Ecuador.

Ministerio de Protección Social (2005) Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

- Ministerio de Protección social (2007) Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, Colombia. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)
- Ministerio de Salud (s.f.) Líneas estratégicas. Departamento Estrategia Nacional de Salud. Chile. Recuperado de: <https://estrategia.minsal.cl/lineas-estrategicas/>
- Ministerio de Salud (2018) Programas de salud 2018-2022. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>
- Ministerio de Salud Pública (1983) Ley de Salud Pública. Cuba. Recuperado de: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2>
- Ministerio de Salud Pública (2001) Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo. Ecuador. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/programa-de-control-de-los-desordenes-por-deficiencia-de-yodo-ddi/>
- Ministerio de Salud Pública (2009) Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI. Ecuador. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- Ministerio de Salud Pública (2011a) Acuerdo Ministerial 00000028. Recuperado de: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000028\\_2011\\_00000028.PDF](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000028_2011_00000028.PDF)
- Ministerio de Salud Pública (2011b) Resolución Ministerial 00000827. Recuperado de: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000827\\_2011\\_00000827.PDF](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000827_2011_00000827.PDF)
- Ministerio de Salud Pública (2011c) Acuerdo Ministerial 00000849. Recuperado de: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000849\\_2011\\_00000849.PDF](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000849_2011_00000849.PDF)
- Ministerio de Salud Pública (2012) Manual del Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Recuperado de: [https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (2012b) Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/SIDA-ITS. Ecuador. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>
- Ministerio de Salud Pública (2014) Acuerdo Ministerial 5212. Recuperado de: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/docs/AM\\_5212\\_HOMOLOGACION\\_ESTABLECIMIENTOS\\_SALUD.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/docs/AM_5212_HOMOLOGACION_ESTABLECIMIENTOS_SALUD.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (2014b) Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS. Quito, Ecuador. Recuperado de: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse\\_gobernanza/Lineamientos\\_Operativos-MAIS\\_modificado.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/Lineamientos_Operativos-MAIS_modificado.pdf)

- Ministerio de Salud Pública (2014c) Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en el Sistema Nacional de Sangre. Ecuador. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-del-ministerio-de-salud-publica-en-el-sistema-nacional-de-sangre/>
- Ministerio de Salud Pública (2015) El Eugenio Espejo es el único hospital público de especialidades en Hispanoamérica con acreditación internacional. Noticias. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/el-eugenio-espejo-es-el-unico-hospital-publico-de-especialidades-en-hispanoamerica-con-acreditacion-internacional-2/>
- Ministerio de Salud Pública (2017) Evolución Presupuesto. Rendición de cuentas 2016. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Rendici%C3%B3n-de-Cuentas-MSP-2016-1.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (s.f.) Misión y Visión. Ecuador. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Discapacidad. Gobierno de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/discapacidad.aspx>
- Muñoz, Ana (2017) Estos son los mejores sistemas sanitarios del mundo. TICbeat. Recuperado de: <http://www.ticbeat.com/cyborgcultura/estos-son-los-mejores-sistemas-sanitarios-del-mundo/>
- Muñoz-Repiso, José; Sánchez, Antonio (s.f.) Cálculo del estimador de diferencias en diferencias aplicado a la evaluación de programas públicos de formación: métodos alternativos para su obtención a partir de datos simulados. Sevilla, España. Recuperado de: <http://www.ual.es/congresos/econogres/docs/Institucional2/CAnsino.pdf>
- Musgrove, Philip (2003) What Is The Minimum a Doctor Should Know about Health Economics?. Health Economics in Development. Washington, US: World Bank Publications. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Navarro, Vincenc (2006) ¿Qué es una Política Nacional de Salud?. Intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.vnavarro.org/?p=514>
- Organización de las Naciones Unidas (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización de las Naciones Unidas (2017) Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

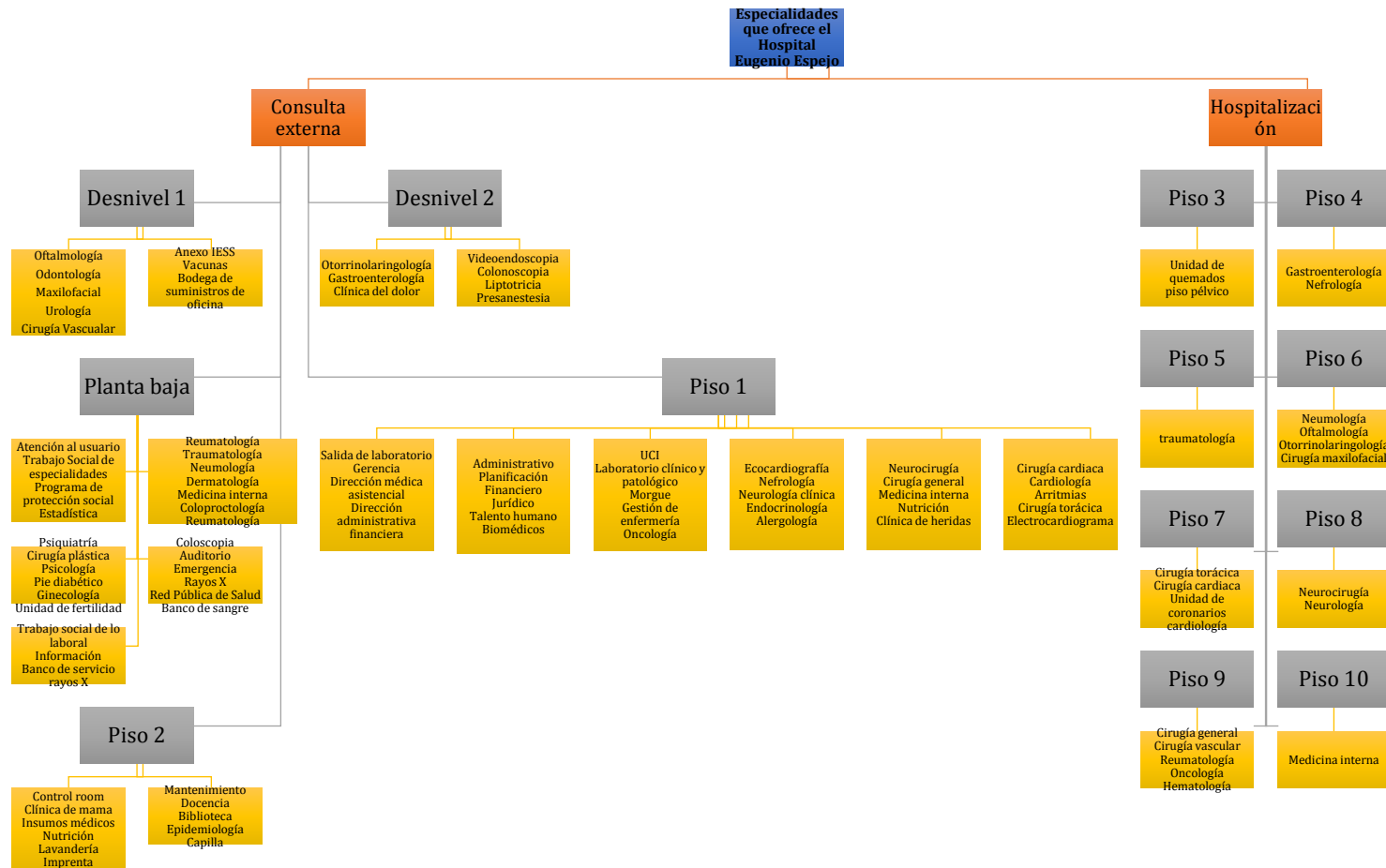
- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Recuperado de: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1989) Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2008) La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2008b) Políticas públicas para la salud pública. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap4\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2010) La financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. Biblioteca de la OMS. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2012) ¿Qué es cobertura sanitaria universal?. Recuperado de: [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/es/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2014) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos 48.<sup>a</sup> ed. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>. ISBN: 978 92 4 365048 7
- Organización Mundial de la Salud (2015) Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N°323. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016) El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Recuperado de: [http://www.who.int/hrh/workforce\\_mdgs/es/](http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2016b) World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDG's. Recuperado de: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
- Organización Mundial de la Salud (2017) Financiamiento de los sistemas de salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es)
- Organización Mundial de la Salud (s.f.) ¿Cómo define la OMS la salud?. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2001) Boletín Epidemiológico. Vol. 22, N° 4. Recuperado de: [http://www1.paho.org/spanish/sha/EB\\_v22n4.pdf](http://www1.paho.org/spanish/sha/EB_v22n4.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud (2001b) Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Cuba. Programa de Organización y Gestión de Sistema y Servicios de Salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Cuba\\_2001.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Cuba_2001.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2002) Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Chile. Programa de Organización y Gestión de Sistema y Servicios de Salud. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Chile\\_2002.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Chile_2002.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2008) Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C. – Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (2010) Programa y Presupuestos: Proposal for 2010-2011. Documento oficial N0. 333. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6220/DO-333-completo-s.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2014) Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de la Salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=28313&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28313&lang=en)
- Organización Panamericana de la Salud (2015) Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. Unidad de Información y Análisis de la Salud. Washington DC, Estados Unidos. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=23508&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23508&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (2016) Indicadores Básicos: Situación de Salud en las Américas. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2017) Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.) Cobertura Universal de Salud. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es)
- Real Academia Española (2017) Normativo, va. Significado. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=QcpSlwx>
- Real Academia Española (2018) Eficiencia. Significado. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=EPVwpUD>

- Salgado Pesantes, Hernán (2010) Introducción al Derecho. Colección Manuales Jurídicos. Edición segunda. Quito, Ecuador. V&M Gráficas. ISBN: 978-9978-86-897-3.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES (2013) Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Quito, Ecuador. ISBN: 978-9942-07-448-5
- Sen, Amartya (1997) Bienestar, justicia y mercado. Ediciones Paidós Ibérica. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: España.
- Sen, Amarty (2001) La desigualdad económica. Edición ampliada. Oxford University Press. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Shiell, A., Donaldson, C., Mitton, C., y Currie, G (2002) Health Economic Evaluation. Journal of Epidemiology and Community Health (1979). Pp: 85-88. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/25569628>
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (2016) Diez principales causas de muerte 2000-2011. Recuperado de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>
- Stepniewski, Jan. & Bugdol, Marek (2010) Innvation, organization and management of hospitals. Costs, Organization and Management of Hospitals. Kraków, PL: Jagiellonian University Press. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Stiglitz, Joseph (2010) La economía del Sector Público. Antonio Bosch, editor, versión en español. Barcelona, España.
- Strober, Myra (2001) La economía feminista y los conceptos de valor, eficiencia, escasez, egoísmo y competencia: implicaciones para la educación. Investigación Económica, 61(236), págs.. 77-91. Recuperado de: <http://puceftp.puce.edu.ec:2053/stable/42778994>
- Tafari, Roberto Oscar (2015) Medicina privada y salud pública: la lógica del capital y el deterioro público en la atención médica. Buenos Aires, AR: Editorial Brujas. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Urriola, Rafael (2013) Salud, financiamiento y universalidad. Recuperado de: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=seminario-economia-salud-2013&alias=145-chile&Itemid=1145](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-economia-salud-2013&alias=145-chile&Itemid=1145)
- Vega Franco, Leopoldo (2000) La salud en el contexto de la nueva salud pública. Universidad Autónoma de México. Editorial El Manual Moderno. México, D.F.
- Weiss-Altaner, E (1975) Producción de salud y mortalidad. Demografía Y Economía, 9(1), 53-64. Recuperado de: <http://puceftp.puce.edu.ec:2053/stable/40602068>
- Yuste, Francisco (s.f.) Concepto de Salud. Revista de Sociología. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1980178.pdf>

## Anexos

### Anexo 1. División de las especialidades que ofrece el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, de acuerdo al piso de ubicación



Fuente: Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

Elaboración: Cristina Almeida



## Anexo 2. Total de consultas ambulatorias

NUMERO DE ATENCIONES REALIZADAS EN CONSULTA EXTERNA													
AÑO 2016													
SERVICIO/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM.	OCTUBRE	NOVIEM.	DICIEM.	TOTAL POR SERVICIO
Alergología	135	148	179	191	71	204	150	121	142	0	0	0	1,341
Anestesiología	361	326	392	368	375	426	396	437	457	406	294	294	4,532
Cardiología	1,269	1,327	1,407	1,338	1,318	1,611	1,577	1,648	1,716	1,634	1,476	1,266	17,587
Cirugía cardíaca	297	265	295	351	331	357	314	316	301	290	241	230	3,588
Cirugía general	477	464	531	454	460	507	562	428	501	486	386	397	5,653
Cirugía maxilofacial	294	238	217	175	154	150	148	155	137	141	79	81	1,969
Cirugía oncológica	743	940	954	1,045	941	868	919	774	763	800	721	599	10,067
Cirugía plástica	254	247	238	227	202	225	211	223	201	206	198	183	2,615
Cirugía torácica	83	100	105	95	68	94	74	80	87	80	54	22	942
Cirugía vascular	519	507	563	497	495	542	508	477	386	409	336	283	5,522
Clínica del dolor	129	142	157	136	145	112	135	117	117	162	147	110	1,609
Dermatología	397	379	454	482	441	395	415	322	453	372	350	282	4,742
Endocrinología	580	596	678	593	513	584	670	669	708	600	556	683	7,430
Endodoncia	249	217	373	353	266	343	240	182	145	119	39	39	2,565
Gastroenterología	1,198	1,159	1,140	1,209	1,181	1,114	1,147	970	1,023	1,203	991	999	13,334
Geriatría	202	163	95	119	151	132	66	78	115	132	93	109	1,455
Gineco-obstetricia	1,408	1,172	1,726	1,721	1,527	1,289	1,174	763	1,147	957	831	748	14,463
Hematología	726	591	698	619	683	588	761	758	596	675	678	437	7,810
Medicina física y rehabilitación	728	844	1,101	840	764	916	634	754	733	646	589	626	9,175
Medicina interna	1,954	1,887	2,096	1,828	2,069	2,149	2,032	1,469	2,009	2,158	1,730	1,435	22,816
Nefrología	569	413	407	408	447	437	410	372	454	468	450	617	5,452
Neumología	615	448	568	547	539	767	551	724	460	588	455	379	6,641
Neuro psicología	94	50	92	81	83	46	83	88	97	97	86	61	958
Neurocirugía	432	366	475	384	425	355	462	390	413	429	414	288	4,833
Neurología clínica	796	817	970	830	913	684	837	828	819	888	382	312	9,076
Nutrición	421	455	430	365	314	381	374	319	318	385	326	311	4,399
Odontología	279	347	354	357	341	345	301	246	450	420	431	431	4,302
Oftalmología	1,046	906	1,262	1,014	1,036	1,101	894	698	1,086	1,297	1,117	886	12,343
Oncología	2,103	2,050	2,203	2,245	2,274	2,288	2,411	1,941	2,438	2,152	2,218	1,836	26,159
Ortodoncia	361	377	412	375	443	380	394	169	285	384	342	342	4,264
Otorrinolaringología	975	819	854	811	721	912	767	713	787	732	544	523	9,158
Pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proctología	749	797	838	804	767	915	796	663	802	703	583	554	8,971
Psicología	233	326	363	310	298	242	260	288	272	275	226	264	3,357
Psiquiatría	271	257	317	310	277	283	209	241	247	264	203	200	3,079
Reumatología	733	600	707	599	702	675	408	539	655	487	354	490	6,949
Traumatología	1,246	1,171	1,312	977	927	886	792	797	789	796	693	600	10,986
Unidad de trasplantes	95	97	51	136	163	101	95	109	143	202	191	144	1,527
Urología	1,012	796	956	858	837	801	862	843	704	807	694	629	9,799
<b>Total</b>	<b>24,033</b>	<b>22,804</b>	<b>25,970</b>	<b>24,052</b>	<b>23,662</b>	<b>24,205</b>	<b>23,039</b>	<b>20,709</b>	<b>22,956</b>	<b>22,850</b>	<b>19,498</b>	<b>17,690</b>	<b>271,468</b>

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida



### *Anexo 3. Total de cirugías realizadas*

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>Tipo de cirugía</b>	<b>Total</b>
Cirugía cardiotorácica	Total Cirugías Realizadas	237
	Emergencia	24
	Programadas	213
Cirugía cardíaca	Total Cirugías Realizadas	280
	Emergencia	18
	Programadas	262
Cirugía general	Total Cirugías Realizadas	1,051
	Emergencia	483
	Programadas	568
Cirugía plástica	Total Cirugías Realizadas	1,191
	Emergencia	77
	Programadas	1,114
Cirugía vascular	Total Cirugías Realizadas	461
	Emergencia	69
	Programadas	392
Ginecología	Total Cirugías Realizadas	424
	Emergencia	32
	Programadas	392
Cirugía maxilofacial	Total Cirugías Realizadas	163
	Emergencia	6
	Programadas	157
Neurocirugía	Total Cirugías Realizadas	558
	Emergencia	237
	Programadas	321
Oftalmología	Total Cirugías Realizadas	1,221
	Emergencia	151
	Programadas	1,070
Otorrinolaringología	Total Cirugías Realizadas	636
	Emergencia	48

	Programadas	588
Proctología	Total Cirugías	
	Realizadas	290
	Emergencia	12
	Programadas	278
Traumatología	Total Cirugías	
	Realizadas	1,371
	Emergencia	103
	Programadas	1,268
Cirugía oncológica	Total Cirugías	
	Realizadas	590
	Emergencia	26
	Programadas	564
Urología	Total Cirugías	
	Realizadas	355
	Emergencia	26
	Programadas	329
Odontología	Total Cirugías	
	Realizadas	36
	Emergencia	0
	Programadas	36
Unidad de trasplantes	Total Cirugías	
	Realizadas	130
	Emergencia	60
	Programadas	70

Fuente: Hospital de Especialidades Eugenio Espejo  
Elaboración: Cristina Almeida

#### *Anexo 4. Cuadro de especialidades clínicas*

Especialidades clínicas - 2016										
Indicador/Especialidad	Cardiología	Gastroenterología	Medicina Interna	Nefrología	Neumología	Neurología	Oncología	Reumatología	Hematología	Total
Ingresos programados	255	214	348	539	300	213	2136	48	245	4298
Ingresos Urgentes	272	455	684	349	272	366	142	21	198	2759
Total ingresos	527	669	1032	888	572	579	2278	69	443	7057
Estancias	4501	4007	9399	4634	3460	5276	11043	71	6170	48561
Estancia Media	10,3	6,65	9,74	5,09	7,38	11,54	4,38	8,88	11,38	7,03
Altas	419	583	914	892	452	449	2478	8	507	6702
Éxitus (Total defunciones)	18	20	51	19	17	8	41	0	35	209
< 48 h.	4	3	10	7	4	2	6	0	4	40
>48 h	14	17	41	12	13	6	35	0	31	169
Total egresos	437	603	965	911	469	457	2519	8	542	6911
Tasa Mortalidad General	4,12	3,32	5,28	2,09	3,62	1,75	1,63	0	6,46	3,02
Tasa Mortalidad Hospitalaria	3,2	2,82	4,25	1,32	2,77	1,31	1,39	0	5,72	2,45
Total días pcte.	5114	5334	10844	5097	4512	6044	10582	477	4120	52124
Días camas func (disp.)	5845	6323	11958	6544	7283	7431	8922	999	4298	59603
N° camas asignadas	16	18	37	18	20	21	25	3	12	170
Promedio camas disponibles	15,97	17,28	32,67	17,88	19,9	20,3	24,38	2,73	11,74	162,85
Índice de rotación (Giro)	27,36	34,9	29,54	50,95	23,57	22,51	103,33	2,93	46,15	42,44
Índice de ocupación	87,5%	84,4%	90,7%	77,9%	62,0%	81,3%	118,6%	47,7%	95,9%	87,5%

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"

Elaboración: Cristina Almeida

### Anexo 5. Cuadro de especialidades quirúrgicas

Especialidades quirúrgicas - 2016 (parte 1)								
Indicador/Especialidad	Cirugía torácica	Cirugía cardíaca	Cirugía general	Cirugía plástica	Cirugía vascular	Ginecología	Cirugía maxilofacial	Neurocirugía
Ingresos programados	265	250	609	26	117	409	88	418
Ingresos Urgentes	238	64	407	83	110	115	113	623
Total ingresos	503	314	1016	109	227	524	201	1041
Estancias	3868	3253	7332	2458	1848	2063	1255	11093
Estancia Media	8,89	12,09	7,45	22,97	11,13	4,38	7,70	12,45
Altas	427	242	977	105	161	471	163	866
Éxitus (Total defunciones)	8	27	7	2	5	0	0	25
< 48 h.	2	6	1	1	2	0	0	2
>48 h	6	21	6	1	3	0	0	23
Total egresos	435	269	984	107	166	471	163	891
Tasa Mortalidad General	1,84	10,04	0,71	1,87	3,01	0,00	0,00	2,81
Tasa Mortalidad Hospitalaria	1,38	7,81	0,61	0,93	1,81	0,00	0,00	2,58
Total días pcte.	4866	2970	8231	2003	2769	3109	1648	11622
Días camas func (disp.)	6286	4382	9424	3610	3566	4000	2192	12610
N° camas asignadas	18	12	30	10	10	11	6	37
Promedio camas disponibles	17,17	11,97	25,75	9,86	9,74	10,93	5,99	34,45
Indice de rotación (Giro).	25,33	22,47	38,22	10,85	17,04	43,10	27,22	25,86
Indice de ocupación	77,4%	67,8%	87,3%	55,5%	77,7%	77,7%	75,2%	92,2%

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"

Elaboración: Cristina Almeida

### *Anexo 6. Cuadro de Unidades de Transición*

Unidades de transición - 2016						
Indicador/Especialidad	Área crítica	Coronarios	Unidad de Cuidados Intermedios	Unidad de Cuidados Intensivos	UTI-R	Total
Ingresos programados	13	80	46	347	16	502
Ingresos Urgentes	315	137	245	457	33	1187
Total ingresos	328	217	291	804	49	1689
Estancias	156	942	2170	6552	622	10442
Estancia Media	0,51	5,85	11,36	7,46	10,20	6,53
Altas	248	154	183	698	37	1320
Éxitus (Total defunciones)	59	7	8	180	24	278
< 48 h.	44	3	1	84	6	138
>48 h	15	4	7	96	18	140
Total egresos	307	161	191	878	61	1598
Tasa Mortalidad General	19,22	4,35	4,19	20,50	39,34	17,40
Tasa Mortalidad Hospitalaria	4,89	2,48	3,66	10,93	29,51	8,76
Total días pcte.	1962	1549	2490	7415	746	14162
Días camas func (disp.)	2194	1770	3209	8413	1099	16685
N° camas asignadas	6	5	9	23	3	46
Promedio camas disponibles	5,99	4,84	8,77	22,99	3,00	45,59
Índice de rotación (Giro).	51,21	33,29	21,78	38,20	20,31	35,05
Índice de ocupación	89,4%	87,5%	77,6%	88,1%	67,9%	84,9%

Fuente: Estadísticas Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"

Elaboración: Cristina Almeida

**Anexo 7. Evolución del presupuesto del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”**

Ítem	Valor 2008	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011	Valor 2012	Valor 2013	Valor 2014	Valor 2015	Valor 2016
A Entidades Descentralizadas y Autónomas	13,000.00	9,004.60	11,702.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Agua Potable	103,223.41	105,793.42	85,928.84	154,169.05	257,471.45	182,350.77	181,620.70	107,223.40	70,998.05
Alimentos y Bebidas	699,087.30	620,197.55	691,802.27	608,892.38	1,487,720.70	1,967,729.82	1,392,386.96	1,233,480.48	1,211,952.64
Almacenamiento, Embalaje y Recarga de Extintores	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	261,379.89	239,411.04	22,223.93	4,471.54
Aporte Patronal	765,880.76	930,361.76	1,359,221.46	1,520,469.29	2,491,914.52	2,744,544.29	2,849,316.33	2,919,823.83	2,870,776.44
Ayudas, Insumos y Accesorios para Compensar Discapacidades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11,286.76	302,400.00	275,100.00	0.00
Combustibles y Lubricantes	130,261.52	143,830.77	132,267.72	135,235.12	174,755.18	177,478.51	154,329.71	243,141.06	226,056.48
Comisiones y Participaciones por Denuncias	0.00	0.00	0.00	0.00	30,473.59	0.00	0.00	0.00	0.00
Compensación por Desahucio	94,326.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,830.00	412,647.37
Compensación por Transporte	0.00	0.00	29,355.50	0.00	0.00	0.00	600.00	11,277.00	76,372.00
Compensación por Vacaciones no Gozadas por Cesación de Funciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65,531.28	0.00
Consultoría, Asesoría e Investigación Especializada	0.00	0.00	0.00	0.00	208,960.92	188,334.01	298,712.81	166,612.46	0.00

Contratos ocasionales para el cumplimiento de la devengación de becas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	164,596.00
De Cuentas por Pagar	465,150.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Decimocuarto Sueldo	192,770.00	240,035.93	296,679.71	331,892.00	481,700.30	619,032.39	696,594.54	762,281.43	744,059.05
Decimotercer Sueldo	826,845.06	897,338.47	1,061,800.50	1,169,864.74	1,975,439.44	2,192,116.23	2,300,961.38	2,358,572.12	2,345,359.44
Desarrollo, Actualización, Asistencia Técnica y Soporte de Sistemas Informáticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	392.00	0.00
Despido intempestivo					88237.83			0.00	0.00
Difusión, Información y Publicidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,326.40	4,030.76	1,061.76	0.00
Digitalización de Información y Datos Públicos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,736.00	0.00	0.00
Edición, Impresión, Reproducción y Publicaciones	5,725.57	13,277.65	6,488.86	17,063.34	32,301.42	20,532.25	32,657.15	8,098.75	13,986.62
Edificios, Locales y Residencias	16,015.50	74,231.88	106,277.19	469,576.17	749,052.99	160,094.64	48,372.49	83,877.66	363,692.86
En Obras de Infraestructura	55,144.73	121,148.59	64,757.39	0.00	468,925.68	0.00	0.00	0.00	27,536.94
En Obras de Líneas, Redes e Instalaciones Eléctricas y de Telecomunicaciones	0.00	223,144.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Encargos y Subrogaciones	0.00	0.00	231.34	0.00	0.00	0.00	20,318.09	55,323.21	0.00
Energía Eléctrica	131,401.03	136,900.18	121,202.96	176,887.03	185,974.37	196,471.17	231,984.11	198,624.07	258,750.19
Equipos, Sistemas y Paquetes Informáticos	0.00	0.00	0.00	0.00	118,485.60	79,787.15	96,983.55	30,129.88	171.00

Eventos Públicos y Oficiales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,064.00	35,908.86
Fiscalización e Inspecciones Técnicas	0.00	3,799.55	26,485.00	9000	31,634.06	0.00	23,783.05	0.00	0.00
Fletes y Maniobras	25,014.40	42,033.61	42,296.36	88,708.44	211,045.50	41,947.09	60,690.14	24,688.83	24,538.31
Fondo de Reserva	19,359.09	855,909.09	1,431,532.95	1,046,721.80	1,701,411.56	1,857,859.86	2,185,657.15	2,234,804.36	2,230,989.30
Herramientas	0.00	350.94	319,846.20	300,000.00	6,152.52	6,847.78	713.34	2,273.38	43.00
Honorarios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	60,260.18	0.00	32,758.52
Horas Extraordinarias y Suplementarias	802,001.85	218,534.52	0.00	300000	753,612.96	276,623.46	268,101.45	318,950.13	261,792.58
Hospitales y Centros de Asistencia Social y Salud	0.00	0.00	0.00	179,728.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Indemnizaciones laborales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	143,100.00	0.00	0.00	0.00
Indemnizaciones por sentencias judiciales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,488.64
Instalación, mantenimiento y reparación de edificios, locales y residencias de propiedad pública	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	336,662.92
Instrumental Médico Menor	0.00	18,161.65	0.00	0.00	0.00	292.32	0.00	16,788.80	0.00
Insumos para Procedimientos Médicos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41,367.52	0.00	0.00	0.00
Intereses por mora patronal al IESS	0.00	0.00	0.00	21.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Investigaciones profesionales y exámenes de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,729.44	5,587.68	4,110.84
Jubilación Patronal	303,458.71	515,245.55	451,970.11	600,915.19	2,127,450.03	759,831.44	819,747.82	857,528.53	1,004,243.27



Mantenimiento de áreas verdes y arreglo de vías internas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,810.00
Mantenimiento y Reparación de Equipos y Sistemas Informáticos	15,197.07	10,428.67	3,684.25	5,000.00	16,315.00	15,256.00	4,480.00	17,057.60	24,725.46
Maquinarias y Equipos	659,033.39	1,018,417.48	791,854.37	1,023,647.10	4,392,167.25	552,295.90	2,326,089.36	1,711,450.03	1,306,624.73
Materiales de Aseo	101,894.64	130,642.80	154,070.71	260,894.56	459,412.38	549,565.48	409,751.30	231,689.35	668,064.84
Materiales de Construcción, Eléctricos, Plomería y Carpintería	61,841.39	75,786.14	75,042.32	99,895.18	165,505.95	140,917.01	76,545.66	121,442.70	65,597.32
Materiales de Impresión, Fotografía, Reproducción y Publicaciones	75,819.47	26,374.25	63,843.18	65,330.23	275,315.55	170,592.56	294,147.45	245,402.36	171,560.04
Materiales de Oficina	45,810.23	76,598.51	66,127.68	72,327.97	100,913.13	76,004.18	60,415.09	24,059.69	22,717.30
Materiales para Laboratorio y Uso Médico	2,520,572.03	2,612,103.19	4,490,986.07	4,556,964.38	9,455,915.04	11,999,412.38	14,360,440.18	16,413,324.32	10,573,698.74
Medicinas y Productos Farmacéuticos	2,890,280.48	1,716,713.24	2,035,142.90	2,802,852.18	7,894,702.25	10,780,778.35	12,085,471.64	14,702,247.88	11,932,693.78
Menaje de Cocina de Hogar y Accesorios Descartables	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18,982.76	19,917.53	33,400.99	35,833.85
Mobiliarios	120,049.45	127,405.66	157,930.85	482,003.35	218,222.20	861,359.45	490,018.25	385,143.04	21,195.03
Obligaciones con el IESS por coactivas interpuestas por el IESS	0.00	0.00	0.00	259.56	1,222.64	0.00	0.00	0.00	0.00
Obligaciones con el IESS por responsabilidad patronal	0.00	0.00	0.00	0.00	301.73	0.00	340.00	0.00	0.00

Obligaciones de ejercicios anteriores por gastos de personal	16,253.38	495,085.76	1,150,101.22	2,165,520.00	1,292,056.67	89,592.09	490,591.80	245,034.43	0.00
Obligaciones de ejercicios anteriores por gastos en bienes y servicios	290,641.68	0.00	0.00	0.00	580,743.47	557,139.95	193,524.81	5,153,479.65	1,716,935.79
Obligaciones de ejercicios anteriores por otros gastos	0.00	0.00	0.00	0.00	44,017.38	0.00	0.00	0.00	1,299.75
Otras Indemnizaciones Laborales	33,236.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otros de Uso y Consumo Corriente	0.00	4,909.02	79,917.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otros Mantenimientos y Reparaciones de Obras	0.00	2,405.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otros Servicios	0.00	20,000.00	0.00	56,762.08	288,668.56	0.00	0.00	0.00	0.00
Otros Servicios Generales	0.00	2,585.13	12,043.78	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otros Subsidios	209.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Partes y Repuestos	0.00	0.00	0.00	0.00	3,636.43	781.97	0.00	97,328.00	0.00
Pasajes al Exterior	0.00	0.00	0.00	0.00	2,019.40	0.00	0.00	0.00	0.00
Pasajes al Interior	409.36	272.44	148.70	187.11	3,211.00	786.39	669.23	2,315.37	965.24
Por Cargas Familiares	0.00	0.00	0.00	0.00	13,608.00	18,808.00	32,535.04	30,785.52	28,255.20
Por compra de renuncia	0.00	0.00	0.00	393,030.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Por Jubilación	0.00	38,150.00	2,316,802.57	39,600.00	141,538.50	0.00	529,540.97	540,516.13	196,530.27
Publicidad y Propaganda Usando Otros Medios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	84.00	0.00
Remuneración variable por eficiencia	0.00	0.00	0.00	265,877.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Remuneraciones Unificadas	5,276,941.40	6,009,453.48	5,825,136.06	6,216,724.69	7,742,188.96	15,386,327.46	15,025,734.83	17,441,873.98	16,296,427.89
Repuestos y Accesorios	48,379.58	35,837.16	77,694.28	217,400.47	459,205.29	415,656.37	223,662.24	622,557.12	543,685.14
Salarios Unificados	3,465,654.34	3,286,938.85	4,081,675.94	4,703,700.07	4,186,064.85	3,951,172.95	4,293,964.27	6,710,878.46	7,127,400.87

Seguros	5,254.07	1,289.93	4,945.96	6,548.77	5,597.98	14,242.73	32,141.52	221,622.41	296,384.31
Servicio de Aseo	73,286.31	81,108.77	91,563.18	95,375.65	87,939.82	220,345.28	407,844.00	403,902.35	440,746.81
Servicio de Capacitación	7,385.38	6,694.28	12,575.42	22,089.63	75,433.85	94,418.79	80,185.37	68,308.94	6,783.00
Servicio de Correo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.06	0.00
Servicio de Seguridad y Vigilancia	82,728.39	137,879.04	134,681.98	169,873.96	542,814.24	952,679.34	1,306,315.83	1,550,338.47	1,883,985.08
Servicios de Almacenamiento, Control, Custodia y Dispensación de Medicamentos, materiales e insumos médicos y otros	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	34,603.27	106,702.20
Servicios de Provisión de Dispositivos Electrónicos para Registro de Firmas Digitales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,081.92	2,167.20	168.00	80.64
Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	577,566.27	625,866.84	349,400.97	0.00
Servicios Personales por Contrato	1,105,704.33	1,899,766.19	3,887,558.00	5,190,330.88	13,373,627.93	7,478,873.23	8,245,857.94	3,861,276.93	419,271.24
Subsidio de antigüedad	0.00	0.00	0.00	0.00	39,797.70	59,409.00	90,602.33	90,852.90	104,098.18
Tasas Generales Impuestos Contribuciones Permisos Licencias y Patentes	0.00	0.00	0.00	0.00	17,225.63	24,053.44	4,887.78	16,510.66	16,993.17
Telecomunicaciones	26,360.64	24,358.96	23,465.12	31,442.90	61,021.09	52,754.55	49,882.68	42,508.6	45,928.65
Vehículos	12,210.59	10,553.89	6,200.00	27,523.56	14,333.29	14,173.23	10,014.73	32,239.46	21,253.96
Vestuario, Lencería y Prendas de Protección	222,090.11	291,002.15	14,340.00	246,912.28	581,577.17	826,620.08	795,275.25	735,145.62	554,488.53

Viáticos por gasto de residencia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	53,312.20	174,607.30	197,381.55	53,796.20
Viáticos y Subsistencias en el exterior	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,609.20
Viáticos y Subsistencias en el Interior	5,568.00	5,648.42	1,716.02	1,500.00	353,906.19	3,574.59	1,154.26	2755	1,458.43
<b>TOTAL</b>	<b>21,811,476.41</b>	<b>23,317,709.11</b>	<b>31,799,094.82</b>	<b>36,328,718.56</b>	<b>66,472,947.14</b>	<b>67,890,867.65</b>	<b>75,025,740.87</b>	<b>84,353,378.84</b>	<b>71,194,003.70</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas y Departamento financiero del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Elaboración: Cristina Almeida

**Anexo 8. Ranking de todos los países del mundo, esperanza de vida y esperanza de vida saludable**

No.	País	Esperanza de vida			Esperanza de vida saludable
		Hombre	Mujer	Promedio	
1	Japón	80,5	86,8	83,7	74,9
2	Suiza	81,3	85,3	83,4	73,1
3	Singapur	80,0	86,1	83,1	73,9
4	Australia	80,9	84,8	82,8	71,9
5	España	80,1	85,5	82,8	72,4
6	Islandia	81,2	84,1	82,7	72,7
7	Italia	80,5	84,8	82,7	72,8
8	Israel	80,6	84,3	82,5	72,8
9	Francia	79,4	85,4	82,4	72,6
10	Suecia	80,7	84,0	82,4	72,0
11	Canadá	80,2	84,1	82,3	72,3
12	República de Corea	78,8	85,5	82,3	73,2
13	Luxemburgo	79,8	84,0	82,0	71,8
14	Holanda	80,0	83,6	81,9	72,2
15	Noruega	79,8	83,7	81,8	72,0
16	Malta	79,7	83,7	81,7	71,7
17	Nueva Zelanda	80,0	83,3	81,6	71,6
18	Austria	79,0	83,9	81,5	72,0
19	Irlanda	74,4	83,4	81,4	71,5
20	Reino Unido	79,4	83,0	81,2	71,4
21	Bélgica	78,6	83,5	81,1	71,1
22	Finlandia	78,3	83,8	81,1	71,0
23	Portugal	78,2	83,9	81,1	71,4
24	Alemania	78,7	83,4	81,0	71,3
25	Grecia	78,3	83,6	81,0	71,9
26	Eslovenia	77,9	83,7	80,8	71,1
27	Dinamarca	78,6	82,5	80,6	71,2
28	Chile	77,4	83,4	80,5	70,4
29	Chipre	78,3	82,7	80,5	71,3
30	Costa Rica	77,1	82,2	79,6	69,7
31	Estados Unidos	76,9	81,6	79,3	69,1
32	Cuba	76,9	81,4	79,1	69,2
33	República Checa	75,9	81,7	78,8	69,4
34	Maldivas	76,9	82,2	78,5	69,6
35	Qatar	77,4	80,0	78,2	67,7
36	Croacia	74,7	81,2	78,0	69,4
37	Albania	75,1	80,7	77,8	68,8
38	Panamá	74,7	81,1	77,8	68,1
39	Brunei Darussalam	76,3	79,2	77,7	70,4

40	Estonia	72,7	82,0	77,7	68,9
41	Polonia	73,6	81,3	77,5	68,7
42	Bosnia y Herzegovina	75,0	79,7	77,4	68,6
43	Emiratos Arabes Unidos	76,4	78,6	77,1	67,9
44	Uruguay	73,3	80,4	77,0	67,9
45	Bahraín	76,2	77,9	76,9	67,0
46	México	73,9	79,5	76,7	67,4
47	Eslovaquia	72,9	80,2	76,7	68,1
48	Omán	75,0	79,2	76,6	66,7
49	Antigua y Barbuda	74,1	78,6	76,4	67,5
50	Argentina	72,7	79,9	76,3	67,6
51	Ecuador	73,5	79,0	76,2	67,0
52	Jamaica	73,9	78,6	76,2	66,9
53	Bahamas	72,9	79,1	76,1	66,6
54	China	74,6	77,6	76,1	68,5
55	Montenegro	74,1	78,1	76,1	67,9
56	Vietnam	71,3	80,7	76,0	66,6
57	Hungría	72,3	79,1	75,9	67,4
58	Turquía	72,6	78,9	75,8	66,2
59	Macedonia (Yugoslavia)	73,5	77,8	75,7	67,5
60	Algeria	73,8	77,5	75,6	66,0
61	Serbia	72,9	78,4	75,6	67,7
62	Barbados	73,1	77,9	75,5	66,6
63	Irán	74,5	76,6	75,5	66,6
64	Perú	73,1	78,0	75,5	65,6
65	Túnez	73,0	77,8	75,3	66,7
66	Santa Lucía	72,6	77,9	75,2	66,1
67	Brasil	71,4	78,7	75,0	65,5
68	Malasia	72,7	77,3	75,0	66,5
69	Rumania	71,4	78,8	75,0	66,8
70	Líbano	73,5	76,5	74,9	65,7
71	Sri Lanka	71,6	78,3	74,9	67,0
72	Tailandia	71,9	78,0	74,9	66,8
73	Armenia	71,6	77,7	74,8	66,8
74	Colombia	71,2	78,4	74,8	65,1
75	Nicaragua	71,5	77,9	74,8	63,7
76	Kuwait	63,7	76,0	74,7	65,8
77	Honduras	72,3	77,0	74,6	64,9
78	Letonia	69,6	79,2	74,6	67,1
79	Mauricio	71,4	77,8	74,6	66,8
80	Bulgaria	71,1	78,0	74,5	66,4
81	Arabia Saudita	73,2	76,0	74,5	64,5
82	Georgia	70,3	78,3	74,4	66,5
83	Marruecos	73,3	74,5	74,3	64,9
84	Jordania	72,5	75,9	74,1	65,0
85	Venezuela	70,0	78,5	74,1	65,2

<b>86</b>	Paraguay	72,2	76,0	74,0	65,2
<b>87</b>	Samoa	70,9	77,5	74,0	66,6
<b>88</b>	República Dominicana	70,9	77,1	73,9	65,1
<b>89</b>	Granada	71,2	76,1	73,6	65,0
<b>90</b>	Lituania	68,1	69,1	73,6	76,0
<b>91</b>	El Salvador	68,8	77,9	73,5	64,1
<b>92</b>	Tonga	70,6	76,4	73,5	66,0
<b>93</b>	Cabo Verde	71,3	75,0	73,3	64,4
<b>94</b>	San Vicente y Granadinas	71,3	75,2	73,2	64,6
<b>95</b>	Seychelles	69,1	78,0	73,2	75,5
<b>96</b>	Azerbaijan	69,6	75,8	72,7	64,7
<b>97</b>	Libia	70,1	75,6	72,7	63,8
<b>98</b>	Belarús	66,5	78,0	72,3	65,1
<b>99</b>	Moldavia	67,9	76,2	72,1	64,8
<b>100</b>	Vanuatu	70,1	74,0	72,0	64,6
<b>101</b>	Guatemala	68,5	75,2	71,9	62,1
<b>102</b>	Bangladesh	70,6	73,1	71,8	62,3
<b>103</b>	Suriname	68,6	74,7	71,6	63,1
<b>104</b>	Ucrania	63,3	76,1	71,3	64,1
<b>105</b>	Trinidad y Tobago	67,9	74,8	71,2	63,3
<b>106</b>	Kirguistán	67,2	75,1	71,1	63,8
<b>107</b>	Egipto	68,8	73,2	70,9	62,2
<b>108</b>	Bolivia	68,2	73,3	70,7	62,2
<b>109</b>	República Democrática de Corea	67,0	74,0	70,6	64,0
<b>110</b>	Rusia	64,7	76,3	70,5	63,3
<b>111</b>	Kazajistán	65,7	74,7	70,2	63,3
<b>112</b>	Bélice	67,5	73,1	70,1	62,3
<b>113</b>	Fiji	67,0	73,1	69,9	62,9
<b>114</b>	Bután	69,5	70,1	69,8	61,2
<b>115</b>	Tayikistán	66,6	73,6	69,7	62,1
<b>116</b>	Micronesia	68,1	70,6	69,4	62,5
<b>117</b>	Uzbekistan	66,1	72,7	69,4	62,4
<b>118</b>	Nepal	67,7	70,8	69,2	61,1
<b>119</b>	Isla Salomón	67,9	70,8	69,2	62,1
<b>120</b>	Indonesia	67,1	71,2	69,1	62,2
<b>121</b>	Irak	66,2	71,8	68,9	60,0
<b>122</b>	Mongolia	64,7	73,2	68,8	62,0
<b>123</b>	Cambodia	66,6	70,7	68,7	58,9
<b>124</b>	Philipinas	65,3	72,0	68,5	61,0
<b>125</b>	India	66,9	69,6	68,3	59,5
<b>126</b>	Timor-leste	66,6	70,1	68,3	60,7
<b>127</b>	Santo Tomé y Príncipe	65,6	69,4	67,5	59,1
<b>128</b>	Senegal	64,6	68,6	66,7	58,3
<b>129</b>	Zimbabue	59,0	62,3	66,7	52,3
<b>130</b>	Myanmar	64,6	68,5	66,6	59,2
<b>131</b>	Paquistán	65,5	67,5	66,4	57,8

132	Kiribati	63,7	68,8	66,3	59,1
133	Turkmenistán	62,2	70,5	66,3	59,8
134	Guyana	63,9	68,5	66,2	58,2
135	Ruanda	60,9	71,1	66,1	56,6
136	Gabón	64,7	67,2	66,0	57,2
137	Namibia	63,1	68,3	65,8	57,5
138	Botswana	63,3	68,1	65,7	56,9
139	Lao	64,1	67,2	65,7	57,9
140	Yemen	64,3	67,2	65,7	57,7
141	Madagascar	63,9	67,0	65,5	59,9
142	Etiopía	62,8	66,8	64,8	56,1
143	Congo	63,2	66,3	64,7	56,6
144	Eritrea	62,4	67,0	64,7	55,9
145	Siria	59,9	69,9	64,5	56,1
146	Sudán	72,4	65,9	64,1	55,9
147	Comoras	61,9	65,2	63,9	55,9
148	Djibouti	61,8	65,3	63,5	55,8
149	Haití	61,5	65,5	63,5	55,4
150	Kenia	61,1	65,8	63,4	55,6
151	Mauritania	61,6	64,6	63,1	55,1
152	Papúa Nueva Guinea	60,6	65,4	62,9	56,4
153	Sudáfrica	59,3	66,2	62,9	54,5
154	Ghana	61,0	63,9	62,4	55,3
155	Uganda	60,3	64,3	62,3	54,0
156	Níger	60,9	62,8	61,8	54,2
157	Tanzania	59,9	63,8	61,8	54,1
158	Zambia	59,0	64,7	61,8	53,6
159	Liberia	59,8	62,9	61,4	54,7
160	Gambia	59,8	62,5	61,1	53,8
161	Afganistán	59,3	61,9	60,5	52,2
162	Benín	58,8	61,1	60,0	52,5
163	Burkina Faso	59,1	60,5	59,9	52,6
164	Togo	58,6	61,1	59,9	52,8
165	República Democrática del Congo	58,3	61,5	59,8	51,7
166	Burundi	57,7	61,6	59,6	52,2
167	Guinea	58,2	59,8	59,0	51,7
168	Guinea Bissau	57,2	60,5	58,9	51,5
169	Swazilandia	56,6	61,1	58,9	50,9
170	Malawi	56,7	59,9	58,3	51,2
171	Guinea Ecuatorial	56,6	60,0	58,2	51,2
172	Mali	58,2	58,3	58,2	51,1
173	Mozambique	55,7	59,4	57,6	49,6
174	Camerún	55,9	58,6	57,3	60,3
175	Sudán del Sur	56,1	58,6	57,3	49,9
176	Somalia	53,5	56,6	55,0	47,8



<b>177</b>	Nigeria	53,4	55,6	54,5	47,7
<b>178</b>	Lesoto	51,7	55,4	53,7	46,6
<b>179</b>	Cotê d'Ivoire	52,3	54,4	53,3	47,0
<b>180</b>	Chad	51,7	54,5	53,1	46,1
<b>181</b>	Republica Central Africana	50,9	54,1	52,5	45,9
<b>182</b>	Angola	50,9	54,0	52,4	45,8
<b>183</b>	Sierra Leona	49,3	50,8	50,1	44,4
<b>184</b>	Andorra	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>185</b>	Islas Cook	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>186</b>	Dominica	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>187</b>	Islas Marshall	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>188</b>	Monaco	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>189</b>	Nauru	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>190</b>	Nieu	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>191</b>	Palau	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>192</b>	San Kitts y Nevis	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>193</b>	Sanmarino	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>194</b>	Tuvalu	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: World Health Statistics, OMS

Elaboración: Cristina Almeida